

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 32

Les troubles mentaux
chez les
Parkinsoniens post-encéphalitiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert DARRÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 21 Mars 1904 à PAU (Basses-Pyrénées)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PARKINSONIENS
POST-ENCÉPHALITIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553408_0066

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 32

Les troubles mentaux
chez les
Parkinsoniens post-encéphalitiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert DARRÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 21 Mars 1904 à PAU (Basses-Pyrénées).



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinales	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédestique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. J LÉPINE, président ; CORDIER, assesseur
 ROUBIER et DEVIC, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES CHERS DISPARUS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je les unis tous deux dans un même sentiment d'affection. Qu'ils en trouvent, dans ce travail que je leur dédie, le témoignage.

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINÉ

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon,
Professeur de Clinique neuro-psychiatrique,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Témoignage de profond respect et
de reconnaissance pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

A MES JUGES

A MONSIEUR
LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE ROUQUIER
Chevalier de la Légion d'honneur.
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce,

Nous avons toujours trouvé auprès
de lui l'accueil le plus bienveillant et
les conseils les plus éclairés. Nous
sommes heureux, en lui dédiant ce
travail, qu'il a inspiré et dirigé, de
lui témoigner notre respect et notre
reconnaissance.

A MES PREMIERS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUCEL
Chirurgien des Hôpitaux de Marseille.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUJOUX
*Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine
de Marseille.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR
LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE PAITRE
*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES MAÎTRES DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE

LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES

Introduction

A la suite de l'épidémie d'Encéphalite qui a éclaté dans le monde entier en 1917-1918, et au cours des années suivantes, l'attention des neurologistes et des psychiatres a été vivement fixée sur cette affection. Ils s'aperçurent rapidement que le système nerveux des malades touchés par le virus neurotrope, agent causal encore incomplètement connu de cette maladie, était gravement lésé. Après la guérison du processus infectieux aigu, apparaissaient des troubles graves d'ordre neurologique et psychiatrique. C'est ainsi que furent étudiées *les séquelles motrices et mentales de l'Encéphalite épidémique*. Au milieu d'elles, la maladie de Parkinson vint se placer au premier plan.

Au début de l'année 1921, le SYNDROME PARKINSONNIEN POST-ENCÉPHALITIQUE est sérieusement étudié et isolé. Il fait l'objet, notamment, du programme d'études de la Réunion neurologique interalliée. Depuis, beaucoup d'auteurs ont apporté leur contribution, et de nombreux travaux sur ce sujet ont vu le jour. Sans doute, la localisation des lésions au niveau du *Locus Niger*, du *Globus Pallidus* ou du *Striatum* n'est pas encore exactement connue, mais la symptomatologie de la maladie est actuellement étudiée jusque dans ses moindres détails.

Mais si, au point de vue neurologique, les auteurs se

sont occupés de la maladie de Parkinson, d'autres cliniciens ont cherché à définir le fond de *l'Etat mental particulier* que présentent les malades qui en sont atteints. Ils ont étudié les troubles mentaux qu'ils peuvent présenter, concurremment le plus souvent avec les troubles mentaux post-encéphalitiques. C'est pour cette raison qu'il nous a semblé intéressant, avec les observations que nous possédions, d'apporter notre contribution à l'Etude limitée uniquement aux TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, de remercier ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous. Que M. le Professeur Jean LÉPINE veuille croire à notre très vive reconnaissance. Nous tenons à remercier particulièrement M. le Médecin-Major de 1^{re} Classe A. ROQUIER, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce, qui a su, tout d'abord, nous attacher à son enseignement si clair, si net; plus tard, il nous a guidé dans nos études et nous a inspiré le sujet de cette thèse, pour laquelle il n'a ménagé ni son temps, ni ses conseils précieux. Nous n'oublierons pas ici non plus MM. les Médecins-Chefs de l'Asile d'Aliénés de Marseille, MM. les Docteurs ALOMBERT-GOGET, WAHL et ALAIZE qui nous ont toujours ouvert leurs services, marqué beaucoup d'intérêt quand nous remplissions auprès d'eux les fonctions d'Interne et nous ont ainsi permis de compléter nos études : nous les remercions de leur sollicitude. Que M. le Professeur FROMENT, M. le Professeur Agrégé DEVIC, M. le Médecin-Principal REBIERRE, trouvent ici le témoignage de notre gratitude pour leur accueil, leurs conseils et les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est en 1817 que, pour la première fois, James PARKINSON publie un mémoire : *Essay on the shaking Palsy*, sur cet état morbide particulier qu'est la « *Paralysis agitans* », appelée depuis : Maladie de Parkinson. Ensuite, cette affection fut maintes fois signalée en Angleterre et en Allemagne, mais ce n'est qu'un demi-siècle plus tard que sa connaissance fut répandue dans notre pays.

TROUSSEAU consacre une étude succincte à la Paralyxie agitante dans ses leçons sur la Chorée, en 1859 ; mais c'est surtout CHARCOT qui contribue à la connaissance de cette affection. Dans la partie limitée du sujet qui nous intéresse, il commence à signaler l'état mental particulier des malades qui en sont atteints. Il note la nécessité pour le malade de faire de grands efforts pour arriver à parler. De plus, il est atteint : « *d'un sentiment de prostration, de fatigue*, qui s'accuse surtout après les paroxysmes de tremblement ; enfin c'est

un malaise indéfinissable qui se traduit par un besoin incessant de changer de place. Assis, les malades sont, à chaque instant, obligés de se lever; debout, après quelques pas, ils veulent se rasseoir. Ce besoin de changement, de déplacement, se montre principalement au lit, pendant la nuit, chez les infirmes qui sont incapables de se servir eux-mêmes. »

Les troubles mentaux sont également décrits par BALL et PARANT, en 1881 et 1883. Ces auteurs insistent particulièrement sur les modifications de l'humeur et du caractère chez les paralytiques agitants et relèvent la tendance à la dépression mélancolique, parfois accompagnée d'impulsions au suicide.

A la mort de Charcot, BRISSAUD, chargé de la Clinique des Maladies nerveuses de la Faculté, fit, en 1893 et 1894, deux leçons sur la maladie de Parkinson. Dans la seconde, où il aborde les phénomènes psychiques de cette affection, il dit que, *si les malades paraissent, aux yeux de leur entourage, être des indifférents ou des ramollis, il n'en est rien*. Le parkinsonien comprend, mais il hésite devant l'effort qui lui est nécessaire pour s'exprimer : « *Il est en état de soudure intellectuelle, comme en état de soudure physique* ». Il faut ajouter à cela une irritabilité marquée et un mauvais caractère, conséquences sans doute de l'état d'impuissance physique dans lequel se trouve le malade. MAILLARD, en 1907, à son tour, consacre sa thèse à des « Considérations sur la Maladie de Parkinson ». Ce sont-là les études sur les troubles mentaux à signaler dans la maladie de Parkinson, telle qu'on la trouvait chez les vieillards avant l'épidémie d'encéphalite.

En avril 1917, en France, les premiers cas d'encéphalomyélite subaiguë furent signalés aux armées, dans le centre de neuro-psychiâtrie de Bar-le-Duc, par CRUCHET, MOUTIER et CALMETTE. Au point de vue historique, il importe de faire remarquer que ce n'est que quelques jours après que VON ECONOMO publia, à Vienne, 11 cas d'une maladie dont les principaux symptômes étaient caractérisés par de la fièvre, de la léthargie, des paralysies des nerfs craniens, surtout oculaires. En 1918, NETTER signale les premiers cas de cette affection à Paris. Depuis, nombreuses furent les communications qui montrèrent rapidement le polymorphisme de cette affection. Elle a vite pris une grande importance en neurologie et, particulièrement, elle a éclairé d'un jour nouveau l'étiologie de la Maladie de Parkinson dont on tend à faire la manifestation d'une encéphalite ancienne, passée assez souvent inaperçue.

Les premiers auteurs Cruchet, Moutier et Calmette, avaient signalé que dans son polymorphisme trouvait place *une forme mentale de l'affection*. Mais, fait curieux, il semble que les manifestations d'ordre mental ont été les dernières étudiées. En effet, ce n'est qu'en 1920 qu'apparaissent les premières communications isolées sur les troubles mentaux.

En février 1920, Marcel BRIAND et A. ROUQUIER présentent, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, « Quelques cas d'Encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire » ; d'autres cas sont signalés par ROGER, SICARD, BOSC, ROUBIER. Puis, à la Société de Psychiâtrie, dans sa séance de juin, BREMER, BRIAND

et ROUQUIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LOGRE étudient les formes mentales de l'encéphalite et notamment les rapports des syndromes psychiques post-encéphalitiques et du syndrome hébéphrénocatatonique. En juillet, HESNARD publie, dans un numéro de *L'Encéphale*, sa revue générale sur la « Psycho-encéphalite aiguë ». Il distingue plusieurs formes différentes et isolables.

Au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française de Strasbourg, le 2 août 1920, BRIAND et ROUQUIER présentent une importante communication sur les formes mentales. Là, ils isolent nettement la forme mentale de début, les séquelles psychopathiques hypomaniaques, dépressives, les manifestations motrices à symptomatologie polymorphe susceptibles d'être considérées comme d'origine pithiatique.

Dans les mois qui suivent, les mémoires sont très nombreux, particulièrement sur les formes se rapprochant de l'hébéphrénocatatonie. Parallèlement, en neurologie, on isole les *Syndromes Parkinsoniens post-encéphalitiques*.

Nous devons signaler, au début de 1921, les noms de CLAUDE, Pierre KAHN, REBOUL-LACHAUX, à propos des séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique. En juin 1921, le Professeur CLAUDE attire particulièrement l'attention sur certains troubles survenus au cours du Syndrome Parkinsonien. Briand et Rouquier apportent de nouveau leur contribution au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Luxembourg, avec deux observations de séquelles psychopathiques, dont une à forme dépressive chez un parkinsonien. Ensuite, paraissent de nouveaux travaux de Pierre Kahn, Marcel

Briand, Henri Claude. En juin et en juillet 1922, F. NAVILLE publie une revue générale et crée le nom de *Bradyphrénie*. L'état mental particulier des parkinsoniens est maintenant bien défini.

Au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Quimper, en août 1922, V. TRUELLE et G. PETIT reprennent de nouveau l'ensemble de la question des troubles mentaux de l'encéphalite. En même temps, VERGER et HESNARD étudient de nouveau la question des *Bradykinétiques encéphalitiques*.

Dans la discussion et les rapports complémentaires, Voivenel, Riser, Logré apportent, comme complément, leurs observations personnelles. A Lyon, en 1922, le Docteur BRANCHE a consacré, sous l'inspiration du Docteur Bériel, son travail inaugural aux « Troubles mentaux de l'Encéphalite épidémique ».

Dans la suite, les auteurs ont fait particulièrement attention à la forme spéciale des troubles que présentent les enfants; on étudie les perversions post-encéphalitiques et, en particulier, les perversions sexuelles. A signaler les travaux de CÉNAC, DUPUY, Mlle SERIN et REBOUL-LACHAUX, WIMMER, VERMEYLEN, CARETTE, la thèse de Rey, à Lyon. VERGER, CRUCHET et HESNARD publient, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, une série de leçons sur la *Bradykinésie post-encéphalitique* au point de vue neurologique et psychiatrique. Wimmer s'attache à la question de la médecine légale de l'encéphalite épidémique, en février 1924 et en avril 1925. Au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, en 1925, Anglade, dans son discours inaugural, signale les troubles des parkinsoniens; BEYERMAN, ROUBINO-

VITCH et Mlle ABRAMSON mettent de nouveau sur le terrain de la discussion les manifestations tardives et les perversions de l'enfance. En 1925, VERGER et HESNARD publient leur livre « Le syndrome bradykinétique¹ et les états parkinsoniens ». Depuis, les auteurs continuent à signaler des troubles mentaux divers et des perversions fréquentes surtout chez les enfants et les adolescents.

Le sujet que nous allons traiter n'est donc pas neuf, mais nous avons voulu, dans la vaste question des *séquelles mentales de l'encéphalite épidémique*, isoler la part qui revient au *Syndrome Bradykinétique* et à la *Maladie de Parkinson*.

Pour arriver à notre but, il est nécessaire de diviser notre sujet. Ce plan nous est utile dans l'exposé de la question, mais n'a pas la prétention d'être une classification.

Dans un premier Chapitre, nous étudierons d'abord les troubles mentaux que l'on observe habituellement au cours de la Maladie de Parkinson : la bradypsychie, la lenteur de l'idéation, cette sorte d'indifférence affective que l'entourage remarque chez les malades. Nous passerons ensuite en revue les troubles psychiques qu'on rencontre d'une façon inconstante au cours de la Maladie de Parkinson, quelle qu'en soit l'origine : les changements légers de leur activité intellectuelle, de leur attitude, l'indifférence émotionnelle et affective, tout au moins relative, qui font dire « que le malade

n'est plus ce qu'il a été ». Puis, nous examinerons les différences qui existent au point de vue mental entre le parkinsonien sénile et le parkinsonien post-encéphalitique.

Un deuxième Chapitre sera consacré aux troubles mentaux, assez rares cependant, que l'on peut rencontrer à la période initiale et à la période d'état de l'affection. Dans la première, nous trouverons de la confusion mentale, avec parkinsonisme, la confusion simple, de l'excitation psychique, de l'insomnie ou de l'inversion du rythme du sommeil, des perversions sexuelles et morales, et à la période d'état de la maladie, nous signalerons les mêmes troubles ainsi que des bouffées délirantes polymorphes et passagères, du délire mélancolique, des préoccupations hypochondriaques, des craintes vagues de persécution.

Ensuite, nous examinerons de très importantes questions : L'affaiblissement intellectuel existe-t-il chez les grands parkinsoniens ? Le malade peut-il arriver à la démence ? Quels sont les rapports que l'on peut établir entre les démences précoces, d'une part, l'affaiblissement intellectuel et les états démentiels rencontrés au cours de l'évolution des syndromes parkinsoniens ? Quels sont ceux qui existent entre la rigidité parkinsonienne et la catatonie de la démence précoce, ou quelles sont les différences qui les séparent ?

CHAPITRE II

L'état mental des Parkinsoniens ou Bradykinétiques post-encéphalitiques

Au début d'une étude sur l'état mental des bradykinétiques post-encéphalitiques, il convient, avant tout, de rendre hommage aux auteurs qui se sont appliqués, d'abord à l'esquisser, puis à le déterminer plus exactement, tels CRUCHET, DUFOUR, KLIPPEL et DENY, NAVILLE, VERGER et HESNARD.

Cet état psychique est bien spécial et peut se trouver à l'exclusion de tout autre trouble. On le rencontre chez les malades avec une fréquence très grande et on peut dire, sans exagérer, que presque tous les présentent. Sans doute, son intensité est très variable, car, alors que chez certains, il faut le rechercher, chez d'autres, il est tellement marqué qu'il peut faire poser la question des *rapports de l'état intellectuel des malades avec la démence*.

Il est très complexe, car il intéresse, non seulement telle ou telle fonction psychique, mais l'ensemble des fonctions intellectuelles, affectives et morales. Il constitue un syndrome psychiatrique nouveau qu'on peut arriver à caractériser en partant des symptômes moteurs essentiels. Nous l'étudierons ici chez un sujet arrivé à *la période d'état de la maladie* et menant encore une existence assez normale, *laissant de côté*, pour y revenir plus tard, *la période avancée de l'affection*.

En examinant un bradykinétique post-encéphalitique on remarque vite un certain nombre de symptômes apparents de ce syndrome particulier. Ce qui frappe, en premier lieu, c'est l'immobilité du sujet, ce que l'on appelle l'état « *figé* ». Dans son ensemble, le malade rappelle un de ces mannequins que l'on voit aux devantures des magasins de modes ; cet état est constant et se manifeste dès que l'individu est au repos, qu'il soit debout ou assis.

Mais l'immobilité est encore plus marquée en ce qui concerne la physionomie du malade. Chez un être normal, quelles que soient ses occupations, qu'il lise, qu'il écrive, qu'il prenne part à une conversation ou réfléchisse simplement assis à sa table, son visage est animé de mouvements continuels qui reflètent l'activité intellectuelle ; tantôt c'est un état de tension manifestant l'attention, tantôt les traits s'animent et deviennent aussi mobiles que la pensée au cours d'une conversation. En même temps, la tête s'incline, s'étend, les

membres remuent donnant à l'ensemble du corps l'expression de la vie.

Ici, c'est tout différent : le sujet donne l'impression d'avoir *un masque sur le visage*, masque parfois hypertonique, mais le plus souvent atone, inexpressif. Dans cette face de cire, apparaissent des yeux plus ou moins mobiles qui accentuent encore l'aspect du visage ; parfois, au contraire, ils sont cachés par deux paupières qui retombent, donnant au sujet l'aspect d'un dormeur. Si la maladie est plus accentuée, nous verrons, en outre, une bouche entrouverte, laissant s'écouler un filet de salive. Le faciès seul n'est pas immobile, mais aussi l'ensemble du corps dont aucun geste automatique ne viendra troubler la ligne.

Si le malade remue, d'autres signes apparaîtront. Objectivement, tout d'abord, le début du mouvement se produit avec un certain *retard*, une certaine gêne, comme si le « démarrage » était difficile. Puis, le mouvement se produit, se développe lentement par saccades, par à-coups ; souvent il est nécessaire d'en encourager l'exécution. Mais ce qui domine l'ensemble, c'est la *lenteur*. Subjectivement, le malade confirme cette impression. Il dit qu'il lui semble avoir un poids sur les membres, d'où la nécessité pour lui d'un effort continu. Et, devant cet effort, le malade recule, il aura de la répugnance à se remuer, d'où un désir de rester immobile pour éviter « *de vouloir le mouvement* », pour se fatiguer le moins possible.

C'est à ce signe essentiel de la *bradykinésie*, à cette impression subjective et objective de difficulté soit à déclancher un mouvement, soit à le continuer, que VER-

GER et HESNARD ont donné le nom de « *viscosité motrice* ». Cependant, il faut signaler qu'à certains moments, le malade est capable de courir au pas de gymnastique, d'effectuer une course à bicyclette et de donner en somme, pour quelques instants, l'illusion d'un homme normal. Ce sont ces phénomènes qu'il est convenu d'appeler : « *kinésie paradoxale* ».

Cette perte de l'automatisme, cette lenteur, cet effort nécessaire au malade pour faire un mouvement, n'existent pas seulement dans son exécution périphérique. Il y a aussi un ralentissement de la distribution des ordres psycho-moteurs. La preuve en est donnée dans le cas où un stimulant extérieur ou un automatisme intérieur surviennent en cours d'action : l'ordre du mouvement est donné plus rapidement et son exécution s'en ressent aussitôt. Pour NAVILLE, c'est ce ralentissement de la distribution des ordres psycho-moteurs qui constitue l'invalidité de ces malades et les rend totalement inertes et apathiques, bien plus que les troubles moteurs eux-mêmes.

MM. CLAPARÈDE et NAVILLE ont soumis des malades ne présentant aucun trouble moteur spécial à un grand nombre d'examen moteurs et psychologiques à l'aide de tests et d'épreuves diverses. Ils ont comparé ces résultats à ceux fournis par des sujets sains ou par des débiles mentaux. Ils ont constaté que le mécanisme intellectuel est ralenti et que le temps de réflexion était plus long que chez les autres sujets intelligents.

Ils en concluent l'existence d'un rapport constant entre la lenteur motrice de ces malades et leur lenteur intellectuelle, ce qui, à leur avis, ne se montrerait pas chez les autres sujets et même chez les débiles qu'ils avaient pris comme témoins.

Pour définir ce trouble, caractérisé par de la lenteur psycho-motrice et une grande inertie, NAVILLE lui a donné le nom de « *Bradyphrénie* ».

Ce ralentissement est fonction de la difficulté qu'a le malade à penser. CRUCHET et HESNARD se sont attachés à en démontrer le mécanisme psychologique. Ce qui est atteint pour eux, c'est une fonction mentale analogue à celle qui est touchée lorsqu'ils veulent faire mouvoir leurs muscles; c'est le mouvement psychique, qu'on peut désigner par l'expression « *le courant de la pensée* ».

Le parkinsonien éprouve autant de difficultés à penser, qu'il en a pour agir. De même que, livré à lui-même, il reste couché ou assis sans remuer, de même il n'a que le minimum d'activité intellectuelle. Evitant de penser, il arrive pendant de longs instants à ne penser à rien. Cette rêverie éveillée formée par la combinaison des milles réflexions, qui nous viennent continuellement à l'esprit, en dehors de l'activité volontaire extériorisée en actes, disparaît. Comme l'a dit le premier H. VERGER : « l'activité intellectuelle est engourdie comme leurs muscles ».

On peut continuer plus loin la comparaison entre le trouble moteur et le trouble intellectuel. Pour agir, le malade est obligé de faire un efforts, de tendre les ressorts de sa volonté. Ce n'est que grâce à elle souvent,

qu'il pourra arriver à terminer le mouvement. Pour penser, il en sera ainsi ; de même qu'il a vaincu sa « *viscosité motrice* », il faudra qu'il vienne à bout de sa « *viscosité mentale* ». Il est obligé de vouloir sa pensée et, selon l'expression de H. VERGER : « C'est un condamné à l'action volontaire à perpétuité » ; il est dans son acte mental « *un condamné à la pensée volontaire à perpétuité* ».

En résumé, la caractéristique de leur état, c'est qu'ils ne pensent ou n'agissent qu'au prix d'un effort de volonté, sans cesse à renouveler. Ce qui, dans leurs opérations cérébrales courantes, mentales ou motrices, avait pris le caractère automatique, l'a reperdu ; d'où la nécessité de nouveaux et incessants appels à l'énergie volontaire.

Étudions maintenant les autres modes de l'activité psychique : la mémoire, l'attention spontanée et réfléchie, le jugement.

La *mémoire*, tout d'abord, est parfaitement conservée. Le sujet se souvient de toutes les phases de sa maladie en général et, par lui, tous les commémoratifs peuvent être connus. Si on l'interroge sur des faits plus anciens, on ne constate pas non plus de défaillances. En le poussant plus loin et en étudiant ses connaissances acquises, on se rend compte de son degré d'instruction générale et professionnelle. Bien entendu, l'interrogatoire sera difficile, car les réponses se feront attendre et dégageront toujours une impression de ralentissement, de gêne, due aux troubles étudiés plus haut. Il faut signaler également qu'il est orienté dans le temps et dans l'espace. Il sait où il se trouve, à

quelle date, à quel moment de la journée nous sommes. Toutes restrictions faites, bien entendu, pour un état de la maladie plus avancée ou pour d'autres troubles mentaux surajoutés.

En ce qui concerne *l'attention*, nous devons faire une distinction entre l'attention spontanée et l'attention réfléchie. La première est bonne : le malade, malgré son faciès figé, son masque immobile est au courant de tout ce qui se passe autour de lui, au moins dans les premiers mois de sa maladie. Le bradykinétique devant lequel on cause, suit la conversation dans son ensemble et peut répondre à une question lui demandant le sujet de l'entretien. On a même noté, comment ces malades surprenaient parfois leur entourage en plaçant un mot juste, une répartie plaisante au cours d'une conversation engagée autour d'eux. C'est à cette lucidité dissimulée derrière un faciès immobile que certains auteurs ont donné le nom de *stupeur lucide*.

Pour l'attention réfléchie, volontaire, c'est un peu différent. Les auteurs qui ont étudié cette question, ont utilisé divers tests de l'attention. Leurs conclusions sont les mêmes. Tant qu'il s'agit d'opérations simples, le malade s'en tire assez bien; mais dès qu'on emploie des épreuves plus compliquées, il ralentit de plus en plus son acte mental et finit par y renoncer. Il s'en rend du reste compte et explique lui-même qu'il ne peut pas suivre assez vite. Il a trop de difficultés pour mouvoir sa pensée; en un mot, c'est la bradypsychie qui est la cause de ces troubles.

Le *jugement* des bradykinétiques encéphalitiques reste jusqu'aux période avancées de la maladie exempt de

tous troubles. Il en est de même du sens auto-critique. Le malade, le plus souvent, se rend exactement compte de son état et, pour peu qu'il soit intelligent et assez instruit, explique assez bien les phénomènes subjectif de son affection.

L'étude des troubles apparents ou réels de leur affectivité constitue un point important de cette étude. Aux yeux de leur entourage, qui remarque leur faciès figé, immobile, parfois stupide, ils paraissent complètement impassibles. En réalité, ce n'est pas exact : *ils ont perdu la faculté d'exprimer leurs émotions, mais ils ne les ont pas perdues elles-mêmes*. La meilleure preuve est que, lorsque leur état ne s'est pas trop aggravé, ils s'en affligent volontiers. Combien nous ont dit à quel degré cette vie leur était pénible et nous nous souvenons d'une mère de famille qui nous confiait sa peine de ne pouvoir s'occuper de ses enfants, comme elle l'aurait désiré. La fréquence et l'intensité avec laquelle persiste la conscience de l'état morbide, même aux périodes lointaines de la maladie, semblerait indiquer l'intégrité sous-jacente des éléments essentiels du fonds mental. Cependant, il faut ajouter que chez certains, il s'établit, en même temps que leur déchéance augmente, une *certaine indifférence*. Ils se laissent aller à leur vie sans pensée et ne réfléchissent même plus à leur état. Il en est de même, bien entendu, pour les causes d'émotions extérieures : leurs rapports familiaux, leurs projets, leurs espérances.

Il faut ajouter, à ces troubles de l'activité psychique, ceux que l'on peut rencontrer dans leur expression extérieure, c'est-à-dire dans la parole, dans l'écriture.

Chez le parkinsonien, la *parole* est lente, monotone, monocorde, uniforme. Dans certains cas cependant, par instants, elle peut devenir plus normale, s'accélérer, présentant alors un phénomène analogue à la kinésie paradoxale des mouvements actifs. Dans d'autres cas, on peut trouver une sorte de dysarthrie d'inhibition, le sujet cessant, dans certaines conditions, de parler ou ne pouvant le faire. Ces troubles s'accroissent sous l'effet de l'émotion. Certains auteurs ont signalé chez ces malades d'autres phénomènes particuliers beaucoup plus rares, il est vrai : la tachyphémie stéréotypique déjà décrite par Charcot et la palilalie. Cette dernière consiste surtout en la répétition involontaire de plus en plus accélérée de mots et parfois de lambeaux de phrases.

L'écriture est difficile : le malade est obligé de s'appliquer et, sous la dictée, on constate un retard au premier mot, au « démarrage ». Elle peut présenter également d'autres caractères particuliers. C'est ainsi que LAMY a décrit la « micrographie » dans la Maladie de Parkinson, retrouvée par BÉRIEL et FROMENT dans les syndromes post-encéphalitiques. Le tremblement se marque également ici lorsqu'il existe comme symptôme de la maladie.

Tel est l'état mental des bradykinétiques post-encéphalitiques avec ses troubles des fonctions intellectuelles, en rapport avec ceux de l'activité motrice. Mais, lorsqu'il est assez marqué, il n'est pas sans influencer la *personnalité du malade* toute entière. Ce dernier ne ressemble plus que de loin à ce qu'il était avant sa maladie. Son activité n'est plus la même ; aux yeux de

l'entourage, il semble tout différent avec la lenteur qui préside à toutes ses réactions psychiques et motrices, avec cette sorte d'indifférence marquée sur son visage, dans toute son attitude. D'où les réflexions, comme la suivante : « Son caractère a changé disent les parents, tout lui est égal, il n'est plus un homme, il ne vit plus ». Les exemples, du reste, ne manquent pas, où des personnes d'une activité débordante dans leur commerce, dans leur industrie, sont devenues peu à peu figées et incapables de s'occuper seules de leurs affaires. Bien entendu, ce changement d'attitude sera beaucoup plus marqué, lorsque s'y ajouteront des troubles du caractère dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Une autre question semble encore digne d'attirer l'attention : c'est celle qui a trait à la *comparaison* de l'état mental du bradykinétique post-encéphalitique et celui présenté par les malades atteints de paralysie agitante. Dans cette dernière affection il existe quelques troubles signalés par CHARCOT et par BRISSAUD, dont nous avons fait la remarque au début de notre histoire.

Tout d'abord, le mode de début n'est pas le même. Ici, on retrouve le plus souvent à l'origine un état infectieux, qualifié en général de grippe, dont la véritable origine est souvent méconnue, mais est toujours plus ou moins marqué et accompagné dans la majorité des cas de diplopie et de troubles du sommeil. Cette question n'est plus à discuter, mais dans presque toutes nos observations nous en avons la trace. Pour la Maladie de Parkinson, il n'en est pas de même et l'auteur qui l'a le premier décrite dit notamment :

« L'invasion de cette maladie est si discrète qu'elle est en quelque sorte imperceptible et sa progression est tellement lente, que le malade peut rarement retrouver le souvenir du moment précis de son début ». Pour l'âge, nous avons également une notion différente. Après l'encéphalite, nous trouvons des enfants des adultes, tandis que les malades atteints de paralysie agitante sont, sauf quelques exceptions, des vieillards dont l'âge moyen est de soixante ans.

Nous laisserons de côté les questions d'évolution et de symptomatologie qui sont hors de notre sujet, pour en arriver à l'état mental. Le bradykinétique, sans troubles surajoutés, est calme, paisible, impassible, ne parlant pas; le plus grand plaisir qu'on puisse lui faire est de le laisser tranquille dans son fauteuil ou de préférence au lit où il resterait facilement la plus grande partie de la journée; se lever, s'habiller sont pour lui des fatigues qu'il cherche à éviter le plus possible. Le parkinsonien, au contraire, est très remuant. Il faut qu'il change continuellement de place; il veut se lever, puis s'asseoir, puis se relever. Il lui semble qu'on ne s'intéresse pas assez à lui et présente de plus un fort mauvais caractère et une irritabilité marquée. Cependant, entre ces deux syndromes morbides existent divers points communs. Tout d'abord, cette sorte d'indifférence affective plus apparente que réelle dans l'un et l'autre cas; puis, cet état de soudure intellectuelle, cette difficulté et cet effort nécessaires pour s'exprimer.

Nous avons ainsi examiné en détail le syndrome mental des Bradykinétiques post-encéphalitiques. Sa

fréquence est grande, puisqu'on le rencontre le plus souvent dans ces états qui seraient, d'après SICARD, dans les deux tiers des cas l'aboutissement de l'encéphalite. Mais, sur ce fonds, vont parfois venir se surajouter diverses complications psychiâtriques qui domineront temporairement la scène ou en modifieront l'allure générale. Ce sont elles que nous allons maintenant examiner dans les chapitres suivants.

CHAPITRE III

Les troubles mentaux aigus chez les parkinsoniens post-encéphalitiques et les perversions sexuelles et morales chez les enfants

Au début de cette étude, il convient immédiatement de distinguer les différents *modes d'apparition* du syndrome parkinsonien au cours de l'encéphalite.

1° La bradykinésie, avec les autres symptômes du parkinsonisme, s'installe pour ainsi dire d'emblée avec le *début* de l'encéphalite elle-même; le plus souvent ces formes tournent mal, presque aussitôt, ou bien ont une tendance à s'améliorer ou même à guérir. Elles constituent le *parkinsonisme aigu* dans lequel prend place une forme frustre et transitoire. Dans d'autres cas, cependant, les troubles neurologiques s'accroissent progressivement et le malade va vers une forme chronique.

2° La maladie de Parkinson constitue la *forme prolongée* ou la *manifestation tardive* d'une encéphalite souvent méconnue.

3° Le syndrome parkinsonien apparaît sous la forme d'une *reprise tardive* de l'encéphalite après une période de guérison apparente, parfois chez la femme à l'occasion d'une grossesse.

Ainsi que nous l'avons dit, dans notre chapitre premier, nous allons étudier ici les troubles mentaux aigus que l'on peut rencontrer à la période initiale de l'affection, puis à la période d'état. Il y en a que nous trouverons dans l'un et l'autre cas, tels les troubles du sommeil, les perversions sexuelles et morales. Nous examinerons à part les troubles mentaux des enfants qui présentent une symptomatologie particulière.

A la *période aiguë de l'encéphalite*, il existe des troubles mentaux fréquents et cela n'a rien de surprenant, puisqu'il est banal d'en constater au cours des maladies infectieuses, telles que la typhoïde, la variole, la grippe. Dans ces infections, des sujets, même sans antécédents ou prédispositions psychopathiques nets présentent souvent de petits états confusionnels, délirent, ont des hallucinations. Mais ici, dans la période aiguë, comme plus tard dans la période chronique, la prédisposition intervient beaucoup plus; le Professeur LÉPINE, avec juste raison, a insisté sur ce point (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1921).

Tout d'abord, à la période aiguë apparaît le *parkinsonisme avec confusion mentale simple ou délirante*.

Le malade a le faciès figé, les membres sont raides, présentent de l'hypertonie. Souvent, dans la forme fruste, les signes neurologiques sont à peu près négatifs; seuls un aspect figé de la face, une certaine fixité de la démarche et des gestes, un peu d'asthénie, de bradypsychie font poser le diagnostic. Ces phénomènes neurologiques sont associés à de la confusion mentale très fréquente dans la période aiguë de l'encéphalite. Cette forme confusionnelle peut être très légère et le malade n'a que peu de peine à s'orienter, à retrouver sa personnalité quand il sort de cet état; dans d'autres cas, elle est très marquée et peut aller jusqu'à l'obnubilation complète des facultés intellectuelles, jusqu'à la stupeur avec mutisme et inertie motrice sur laquelle nous reviendrons plus loin. Cette confusion est à distinguer de la somnolence, mais il n'est pas rare que cette dernière n'en soit accompagnée à certains moments de son évolution.

A cette confusion mentale se surajoute souvent un délire onirique, avec agitation plus ou moins intense, des hallucinations diverses. Les caractères de ce délire sont très variables, parfois à type professionnel; mais comme toujours le malade délire avec son fonds mental propre et là aussi, l'encéphalite agit comme toutes les infections aiguës. Il convient de signaler que nous n'avons pas ici de rapports entre l'état infectieux, la température d'une part et les troubles mentaux, d'autre part. Dans notre observation I, par exemple, la température rectale du malade n'a pas dépassé 37 degrés pendant le mois où il a été observé dans son état confusionnel.

Parfois, la stupeur très marquée, les troubles neurologiques, le rapprochement de plusieurs cas, ont pu faire prononcer le nom de stupeur épidémique. Dans d'autres cas, elle peut coïncider avec une lucidité relative décrite par Hesnard, sous le nom de stupeur lucide.

Il est à noter que, souvent, des troubles moteurs d'ordre parkinsonien ou psycho-moteurs d'ordre catatonique peuvent coïncider ensemble ou se succéder (Observation I). C'est cette association de la confusion mentale et des troubles moteurs qui a créé des *syndromes cliniques rappelant la démence précoce dans sa forme hébéphréno-catatonique* dont Logre, Kahn, Laignel-Lavastine publièrent les premières observations.

On a pu même constater à la fois de la catatonie marquée associée avec du parkinsonisme, une tendance aux stéréotypies, à la conservation des attitudes provoquées, un négativisme accentué caractérisé par de l'hostilité à l'examen, une résistance à accomplir les actes courants de l'existence dans les conditions habituelles, des attitudes bizarres analogues à celles des déments précoces.

Il n'y a pas eu seulement l'association de ces syndromes catatonico-parkinsoniens avec la confusion mentale, mais aussi avec des formes dépressives ou agitées. La ressemblance avec la démence précoce a souvent été telle que certains auteurs n'ont pas hésité à dire que l'encéphalite était capable de créer de vraies démences précoces et même que beaucoup de démences précoces étaient ou avaient pour origine des encéphalites méconnues.

Mais comme toujours, le diagnostic de démence précoce doit être *très réservé* ou même ici ce nom ne doit pas être prononcé. En effet, toujours dans les observations qui ont été publiées, le malade a pu sortir de la période aiguë sans séquelle appréciable, malgré les troubles mentaux graves présentés. On peut même affirmer que ceux-ci n'ont *ni cette continuité, ni cette progressivité* qu'ont les troubles de la démence précoce. Le pronostic est tout à fait différent : il s'agit ici d'états aigus donnant *d'une façon passagère* le tableau de l'hébéphrénie, mais pas le moins du monde d'un syndrome de déficit intellectuel définitif, intéressant toutes les modalités de l'activité psychique, qui est en somme caractéristique de la démence précoce. Le plus souvent la seule séquelle remarquée, quand il y en a une, est avant tout neurologique, c'est un état parkinsonien qui est créé.

Nous avons pu retrouver deux observations de malades qui ont présenté une encéphalite aiguë avec confusion mentale, catatonie et parkinsonisme aigu, fruste, transitoire.

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Médecin-Principal REBIERRE
et de M. le Docteur ALAIZE.

Parkinsonisme précoce dès le début d'une encéphalite épidémique. Etat confusionnel primitif avec lenteur de l'idéation, obnubilation; possibilité d'un petit onirisme concomittant sans réactions importantes. Tendance à la conservation des attitudes provoquées. Evolution en un an; guérison.

L. Marcel est un jeune soldat de 20 ans qui vient du Levant où il a été envoyé en 1923. Pas d'antécédents personnels ou familiaux. Incorporé au 15 tirailleurs, il a contracté à Djerabous sur les bords de l'Euphrate, une affection qualifiée de dengue. Il est resté souffrant, cependant, à la suite de cet état fébrile qui a duré plusieurs jours. Il est évacué sur l'hôpital d'Alep, où il reste plusieurs mois. Là il dormait presque toute la journée et se sentait très fatigué. Envoyé à Beyrouth, il est hospitalisé pendant quinze jours, et de là, dirigé sur Marseille.

Obs. de l'Hôp. milit. Michel-Lévy, service de neuropsychiatrie, due à l'obligeance de M. le Médecin-Principal Rebierre : Vient du Levant avec le diagnostic « encéphalite épidémique ». L'observation parle de somnolence, de contractures, d'état akinéto-hypertonique..., elle indique que le sujet a reçu de l'urotropine et des injections intra-veineuses de salicylate de soude. La maladie a commencé en juin 1924.

A Marseille, on constate ce qui suit : Le malade répond par monosyllabes aux questions simples et la réponse n'arrive, le plus souvent, qu'au bout d'un temps dépassant une minute, si bien que si l'on n'avait pas la patience d'attendre, on pourrait croire à du mutisme. Le sujet conserve les attitudes que l'on donne aux diverses parties de son corps et ces phénomènes catatoniques peuvent se prolonger de très nombreuses minutes. Mais si, sans appeler vivement l'attention du malade sur ses membres par un geste ou par un contact, on lui ordonne verbalement de les remettre en place, il le fait après le temps habituel de méditation.

L... reste généralement immobile. Cependant il prend l'initiative des actes de la vie végétative, il se lève pour aller uriner, mais, au retour il lui arrive de s'arrêter, debout, en chemise, et il reste un temps considérable en cette attitude si la stimulation de l'entourage ne vient

pas lui permettre de terminer l'acte; il se passe des phénomènes analogues à l'occasion des repas.

Lorsqu'on ordonne au malade l'accomplissement d'un acte même assez compliqué intellectuellement, celui de faire le salut militaire par exemple, l'action ne commence qu'au bout d'un instant, mais elle est accomplie normalement, sans lenteur; il s'en va de même pour l'acte d'ouvrir la bouche, de montrer la langue, de mettre le bout de l'index sur celui du nez. Il n'y a pas d'hypertonie, pas de roue dentée; les mouvements s'accomplissent normalement. Il y a eu, à diverses reprises, du ptyalisme. L'examen neurologique général est négatif.

En somme, le sujet se présente comme un confus asthénique avec phénomènes catatoniques. Il y a lenteur de l'idéation et il n'y a pas de bradykinésie. La stimulation vaint, pour un instant, l'éloignement du monde extérieur. Il est vraisemblable qu'il existe une activité onirique sous-jacente, car le malade prononce, de temps en temps, quelques phrases confuses délirantes. Il semble aussi qu'il y ait, dans les troubles mentaux, quelque rythmicité, car les réponses sont plus faciles à obtenir, et plus rapides, à certaines heures du jour. Enfin, il convient de noter que la lenteur de l'idéation et l'absence partielle au milieu ont considérablement diminué au cours de l'évolution d'un abcès dentaire, qui a joué sans doute un rôle d'abcès de fixation.

Tension 11-5 au Pachon. Pouls variant de 48 à 64. Température rectale atteignant rarement 37 degrés. Urines 1.500 en moyenne; les éliminations urinaires sont très faibles. Le sujet, qui mange avec appétit et assez abondamment, reste maigre, pâle, constipé.

Liquide céphalo rachidien : Cytologie : normale.

Albumine : 0,40.

Glucose : 0,50.

Wasserman : négatif.

Wasserman dans le sang : négatif.

Examen des yeux : négatif.

Radiographie de la selle turcique : aspect normal.

Quelques semaines après son entrée à l'hôpital, après avoir reçu des toniques, de l'urotropine, un traitement iodé, après avoir offert l'amélioration due à l'abcès dentaire, le sujet est néanmoins resté extrêmement maigre quoique s'alimentant; il a conservé la même lenteur de l'idéation et les mêmes phénomènes catatoniques.

Le malade est évacué le 4 février 1925 sur l'Asile Saint-Pierre, service du Docteur Alaïze. Le certificat d'internement résume l'observation ci-dessus. Le certificat de 24 heures note « atteint de stupeur catatonique avec persévération des attitudes, suggestibilité, lenteur des perceptions, sialorrhée, pas de narcolepsie ». Les jours suivants, le malade reste au lit dans la même stupeur, d'où il sort parfois avec des propos coléreux. Il ne se lève que pour aller aux cabinets spontanément. Le facies est figé. Il doit être alimenté par des infirmiers. Le 24 février, on note que les membres sont soudés et rigides, hypertonie manifeste. L'état de stupeur persiste, les propos coléreux diminuent de fréquence, pas de réactions violentes. Au mois d'avril, l'état est toujours le même, mais on arrive mieux à fixer son attention, le malade semble moins absent. Il parle parfois spontanément, répond plus facilement aux questions, mais à voix basse. Le 15 mai, l'état s'étant amélioré, on peut le lever. Il reste assis dans la salle; la marche est lente, soudée. Puis, au bout de quelques jours, il retombe de nouveau dans sa stupeur. Elle ne dure que peu de temps. Vers la fin juin, le malade en sort complètement et progressivement; les phénomènes moteurs ont à peu près disparu; le facies est plus mobile. Au début de juillet, guéri, il quitte l'Asile, mais il subsiste cependant une certaine bradypsychie. Il nous a été impossible de savoir ce qu'est devenu le malade.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROUQUIER.

Parkinsonisme aigu, avec polyurie et glycosurie intermittente. Etat confusionnel prolongé sans onirisme, au cours d'une encéphalite épidémique.

Il s'agit d'un jeune homme à hérédité névropathique nette, mais sans autre antécédent.

Après une affection fébrile d'une courte durée qui a été, à tort, qualifiée de grippe, il est hospitalisé dans le service du Docteur Rouquier pour troubles mentaux. Dans les jours qui ont suivi, il a présenté tous les signes de la confusion mentale stupide des anciens auteurs. Complètement désorienté dans le temps et dans l'espace, hébété, se désintéressant du monde extérieur, ne répondant pas aux questions qu'on lui posait, ou ne le faisant qu'avec peine, par monosyllabes, d'une voix basse et monotone, s'alimentant avec difficultés, il ne présente à ce moment là que des signes très discrets de réaction méningée (céphalée, constipation opiniâtre, raideur de la nuque, ébauche de Kœrnig).

La température était à ce moment normale. Une ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien normal, au point de vue cytologique et chimique (albumine 0 gr. 22, glucose 0,60, réaction de Bordet-Wasserman négative).

Dix jours environ après son entrée, le syndrome confusionnel s'atténue progressivement, mais sans disparaître. Le malade sait où il se trouve, connaît à peu près la date du mois, commence à s'alimenter spontanément. Mais il persiste une inertie notable et une diminution considérable de l'activité psychique. Le sujet ne se lève pas, fixe difficilement son attention, répond mieux quand on l'interroge, mais le fait avec peine et d'une voix toujours

basse et monotone. En même temps, on s'aperçoit quand on le fait lever qu'il se présente comme un parkinsonien : attitude soudée, la tête et le tronc en demi-flexion, les coudes au corps, les avant-bras demi fléchis. Perte des mouvements automatiques et associés : bradykinésie.

Il existe déjà des kinésies paradoxales. Le malade éprouve de la difficulté à courir au pas de gymnastique et le fait sans peine quand le mouvement est déclenché. Mais on ne constate pas de rigidité musculaire, ni de signe de la roue dentée. La mimique est inexpressive. Les pupilles sont inégales, réagissent en sens inverse à la lumière.

Il n'existe pas de tremblement au repos, cependant, quand on oblige le malade à rester debout immobile, on s'aperçoit que les masses musculaires des membres inférieurs et des avant-bras sont agités de soubresauts fasciculaires qui n'offrent ni le synchronisme, ni la rapidité de propagation des secousses myocloniques. Pas de tremblement des extrémités.

Le volume quotidien des urines augmente à ce moment, bien que le malade n'absorbe pas une grande quantité de liquide. De 1 litre 200 ou 300 à son entrée, il atteint rapidement 2 litres 800, puis 3 ou 4 litres.

On trouve, certains jours, des traces de glucose qui disparaissent le lendemain. La tension artérielle s'élève parallèlement. Elle passe de 13-10 à 15-11 au Vaquez. Le réflexe oculo-cardiaque est fortement positif, malgré une tachycardie assez accentuée : 116-88 pulsations après compression des globes oculaires.

L'urotropine à doses élevées et par voie veineuse, n'a nullement modifié l'évolution du syndrome. Puis l'état s'améliore lentement mais progressivement. Le malade sort de sa torpeur, ses mouvements sont plus faciles et la sensation musculaire de raideur musculaire s'atténue progressivement. Il a quitté le service complètement guéri, et n'a pas, à notre connaissance, ultérieurement présenté de séquelles.

Les *troubles du sommeil* sont très fréquents chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. A la période aiguë, tout d'abord, ils consistent en hypersomnie, insomnie ou inversion du rythme du sommeil. La première, la plus souvent rencontrée, présente tous les symptômes de l'hypersomnie de l'encéphalite aiguë. On arrive à réveiller le malade le plus souvent, mais aussitôt il s'endort de nouveau. Elle peut s'accompagner de confusion mentale; comme nous l'avons dit plus haut, le diagnostic différentiel de l'une avec l'autre est parfois difficile, mais il est fréquent qu'elles coexistent toutes deux. Souvent elle fait place ensuite à une période d'insomnie, qui peut exister également seule et est accompagnée plus ou moins d'excitation psychique. Tant qu'à l'inversion du rythme du sommeil, rencontrée ici et à la période chronique, elle est plus rare, mais doit être activement traitée, car, comme nous le verrons plus loin, la torpeur qui en résulte dans la journée a pour conséquence de faire place toute la nuit à une excitation psychique, parfois accompagnée d'angoisse; le tout étant difficilement supportable pour le malade et pour son entourage.

A la période chronique de l'affection, nous trouverons surtout de l'insomnie et plus rarement de l'inversion du rythme du sommeil. Cette dernière est particulièrement marquée chez les enfants. L'insomnie existe malheureusement dans la majorité des cas, ainsi qu'en témoignent les observations. Pénible pour le malade, elle doit être encore plus surveillée à cause des complications apparaissant sur des terrains prédispo-

sés et dont elle est souvent la cause adjuvante. Nous la verrons plus loin à la base de l'agitation nocturne, des syndromes dépressifs.

En raison de ces complications, de la gêne qu'elle apporte au parkinsonien, il nous sera permis, pensons-nous, d'insister quelque peu sur le traitement de l'insomnie tel que nous l'avons pratiqué. En général, chez de nombreux malades qui ne dorment pas, le changement de milieu, le repos normal ont sans doute une grande importance et doivent être essayés avant toute thérapeutique plus active. Ici, leur action est tout à fait insuffisante. Nous avons toujours utilisé, tout d'abord, les sédatifs nerveux comme les bromures et presque toujours employé dans ce but le sédobrol qui présente l'avantage d'être à la fois bien dosé, actif et de pouvoir être administré au malade sans qu'il s'en aperçoive; ainsi sont évitées bien des réflexions ou des discussions que le mot seul de bromure fait naître dans l'esprit du sujet et même parfois dans celui de son entourage; c'est, à notre avis, le médicament de choix surtout lorsque l'insomnie coexiste avec un syndrome dépressif. Si les sédatifs sont insuffisants, nous serons obligés d'avoir recours aux hypnotiques; parmi ceux-ci, nous n'aurons que l'embarras du choix étant donné leur nombre. De notre côté, nous n'avons utilisé que le somnifène et l'allonal, que nous avons à notre disposition, à cause de leur maniement facile, de la régularité des résultats obtenus. Au point de vue chimiques, il est presque inutile de rappeler que ce sont deux dérivés de la malonylurée; leurs propriétés sont connues par les nombreux travaux dont ils ont fait l'objet. Nous

nous en sommes servis avec succès à des doses variables, selon les cas et les sujets, surtout lorsqu'il s'agit du somnifène. Ce dernier n'a été utilisé qu'en gouttes de trente à soixante sans aucun accident, car, à notre avis, la forme sous-cutanée ou intraveineuse doit être réservée en psychiâtrie aux agités que nous ne trouverons pas ici. Nous avons également employé l'allo-nal à la dose de deux comprimés qui ont toujours été suffisants; ce dernier nous semble particulièrement recommandable, car il produit, sans accoutumance, un sommeil dont le réveil ne diffère en rien de celui du repos normal. Au bout de quelque temps, nous avons même pu réduire la dose à un comprimé. Tels sont les moyens thérapeutiques que nous avons utilisés contre l'insomnie et dont on trouvera la mention des résultats dans nos observations.

A la période chronique de l'encéphalite, chez le par-kinsonien, en plus des troubles du sommeil, nous pourrions voir apparaître *divers syndromes psychiâtriques* dont le plus important est sans doute le syndrome dépressif. Nous réserverons à son étude une place particulière. On peut rencontrer également des états d'agitation, des troubles du caractère et assez rarement des idées délirantes ou de petits délires polymorphes.

Le *syndrome d'agitation* a été décrit tout d'abord par CLAUDE qui a signalé, au cours de la Maladie de Parkinson post-encéphalitique, des accès brusques et impulsifs d'excitation à type euphorique. Ils s'accom-

pagnent de rires, de chants, de logorrhée, de danses et sont d'autant plus remarquables qu'ils tranchent nettement sur cette sorte de personnalité éteinte qu'est devenu le malade. Ces phénomènes d'excitation durent quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre; ils se produisent principalement le soir et la nuit. Plus marqués, ils peuvent aller jusqu'à une véritable agitation temporaire. Certains malades, à ce moment, semblent oublier complètement leur état.

Une certaine *excitation intellectuelle* peut également se montrer la nuit. Le malade qui, dans la journée est somnolent, va, le soir venu, avoir des insomnies, déjà signalées, qui s'accompagnent de ces phénomènes d'excitation purement intellectuelle et qui peuvent parfois aller jusqu'à l'onirisme. Dans la très de BRANCHE est cité le cas d'un malade qui, la nuit, forgeait, grâce à des lectures antérieures, des romans d'aventure et les vivait en imagination. Il distinguait assez bien, cependant, la part de la réalité mais ne s'arrachait parfois à ces idées qu'au prix d'un réel effort. Poussé plus loin, cet état va amener une véritable anxiété, plus ou moins marquée et qui peut aller jusqu'à l'angoisse grave. Ces phénomènes sont heureusement très rares. Nous avons recueilli l'observation suivante :

OBSERVATION III (Personnelle)

Onirisme nocturne surtout professionnel, évoluant depuis plusieurs années chez une parkinsonienne présentant de l'hypersomnie nocturne, mais pendant le jour simplement bradypsychique.

F. Pauline, âgée de 31 ans, a eu, en 1920, une encéphalite de 5 semaines caractérisée par de la température, de l'hypersomnie, de l'agitation intermittente et un délire onirique très actif. En 1923, progressivement apparaît une maladie de Parkinson, dont les symptômes ont tout d'abord été de l'asthénie, puis de l'hypertonie et du tremblement.

Actuellement : Facies figé, marche lente, le corps penché en avant, disparition des mouvements automatiques et associés, tremblement des membres supérieurs surtout marqué à droite. Hypertonie généralisée, plus marquée à droite qu'à gauche. Exagération de tous les réflexes des membres supérieurs et inférieurs. Réflexe de Babinski en flexion sur le bord interne et externe des deux pieds. Exagération des réflexes de posture au niveau des jambiers antérieurs; signes du poignet figé et de la roue dentée positif des deux côtés; les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation, la droite est plus grande que la gauche. Pas de sialorrhée.

La malade est assise dans un fauteuil. On est obligé de la faire manger. Tous les mouvements sont difficiles à faire spontanément; dès qu'on aide la jeune fille au début de leur exécution, ils deviennent possibles et leur répétition est facile; seul à ce moment-là le tremblement peut être une gêne. Quoiqu'elle semble absente, elle s'occupe de tout. L'attention est conservée ainsi que la mémoire, le jugement. La bradypsychie est cependant assez marquée; la parole est lente, monotone, présentant par instants le phénomène de l'accélération. L'écriture est très petite : micrographie. F... ne s'occupe par elle-même de rien, mais suit tout ce qu'on fait autour d'elle. Elle prie beaucoup, dit-elle; mais surtout grâce à son automatisme mental, semble-t-il. Perte complète de l'initiative.

La nuit, l'attitude de la malade n'est plus la même. Atteinte d'une hypersomnie marquée (12 heures par jour), elle présente presque toutes les nuits un onirisme très

actif. Le sujet en est en général le même : familial ou professionnel. Quand un de ses parents ne donne pas de nouvelles, elle en cause la nuit à sa mère et lorsqu'on ne lui répond pas elle appelle; sinon elle continue à parler. En général, elle s'occupe de son travail que cependant elle a abandonné depuis plus de trois ans. Employée autrefois dans une fabrique de soierie, elle demande si on a bien fermé la porte, si son métier va pouvoir fonctionner; puis au travail, semble-t-il, dans son rêve, elle réclame les soies de différentes couleurs et les objets qui lui sont utiles. Elle rappelle ses camarades de travail ou s'inquiète de la mauvaise marche de son métier. Elle réclame alors la venue de l'ouvrier chargé des réparations mécaniques; elle répond aux questions de sa mère. Ces phénomènes durent une partie de la nuit et presque tous les soirs; ils se produisent dans le cours des premières heures de sommeil. Le matin, elle ne se souvient de rien; mais si on la réveille au cours de son rêve, elle répète exactement ce qu'elle était en train de dire; cependant dès cet instant, la bradypschie réapparaît.

Au point de vue du *caractère*, ce qui domine, en général, c'est l'asthénie. Parfois, conscients de leur état, ils s'en préoccupent beaucoup; atteints d'une tristesse profonde, ils pleurent fréquemment. Tantôt, ils sont dociles, indifférents et se prêtent, assez facilement, en général, à l'examen. Le négativisme est excessivement rare; seul DUPOUY a signalé quelques idées de négation dans une observation. Asthéniques, ils sont également des hypéremotifs souvent. Dans d'autres cas, ils sont irritables, impatients; l'humeur est variable.

Les *idées délirantes* sont, en général, post-oniriques et remarquées dans les jours qui suivent la période confusionnelle. Elles peuvent s'imposer à l'esprit du convalescent qui les admet comme étant l'expression de la réalité; elles subsistent alors quelque temps et s'implantent d'autant plus que le malade est plus affaibli. Cependant, le plus souvent, il arrive à les écarter, à grand'peine, peut-être; mais elles ne laissent pas de traces.

Les *délires* qui apparaissent chez le parkinsonien comme du reste chez le malade post-encéphalitique sans troubles moteurs, sont, en général, des délires polymorphes, passagers, curables, susceptibles cependant d'entraîner parfois des réactions graves. Ils évoluent surtout sur un terrain de dépression; nous les étudierons plus loin. Mais, jamais, ils n'aboutissent à la systématisation; l'encéphalite n'a, en aucun cas, été trouvée seule à l'origine d'une psychose hallucinatoire chronique ou d'un délire systématisé d'interprétation ou autre.

Tant qu'à la *manie*, la *mélancolie*, la *psychose maniaco-dépressive*, qui ont été signalées, quoique très rarement après l'encéphalite, il semble bien que cette dernière soit incapable de les créer seule; elle est, tout au plus, l'agent infectieux qui réveille une affection mentale latente. C'est, du reste, une remarque générale à faire sur ces troubles mentaux : rares en somme, ils sont également sous la dépendance d'autres facteurs. M. le Professeur LÉPINE a, le premier, montré en 1921, à la Société de Neurologie, le rôle important de la prédisposition, du terrain,

Le *syndrome dépressif*, nous l'avons déjà dit, est le trouble mental le plus fréquent chez les malades qui ont été atteints d'encéphalite épidémique. En effet, dans la bibliographie de cette infection, c'est la séquelle psychique la plus souvent signalée. Nous n'avons pas ici à examiner le syndrome dépressif post-encéphalitique, en général, qui a du reste été très bien étudié dans la thèse de notre ami COUMEL; il pourra nous intéresser, cependant, quand il apparaît au début ou dans la convalescence de la Maladie de Parkinson. Nous allons trouver un certain nombre de caractères bien particuliers, qui proviennent du fait que ces sujets présentent en même temps des troubles moteurs importants.

Nos malades sont surtout des asthéniques. C'est un signe banal dans la convalescence des maladies infectieuses et BRANCHE l'a signalé comme particulièrement intense après l'encéphalite.

Cette asthénie du post-encéphalitique paraît d'ailleurs se prolonger indéfiniment dans l'état parkinsonien. Il suffit d'interroger ces malades pour se rendre compte qu'ils sont d'éternels fatigués. Cette remarque conduirait à penser qu'il y a autre chose chez eux qu'une simple fatigue de la convalescence.

Dans des recherches longuement et patiemment poursuivies, M. J. FROMENT a attiré l'attention sur toute une série de caractères méconnus de la rigidité parkinsonienne — intensité variable suivant l'attitude statique, déplacement de la dite rigidité provoqué par les modifications de cette attitude statique — tous caractères qui feraient penser qu'elle est moins comparable à

une hyperfonie qu'à une contraction soutenue. Bien différent de l'homme normal qui réalise sans difficultés les conditions de la statique verticale souple, sans effort, le parkinsonien paraît condamné pour maintenir sa statique verticale à se raidir. Il est, pourrait-on dire, continuellement dans la situation de l'homme normal en statique litigieuse ou encore dans celle de l'enfant dans la phase où il est en voie d'acquérir son équilibre statique. La rigidité parkinsonienne aurait, d'après M. FROMENT, pour équivalent physiologique la rigidité de déséquilibre qu'implique chez le normal et le non parkinsonien toute statique litigieuse.

Il y a mieux, même dans le décubitus dorsal, le parkinsonien ne parvient pas à se libérer de l'état de contracture soutenue auquel il semble perpétuellement atteint. Il ne peut, pour employer l'expression de M. FROMENT, que déplacer son carcan. C'est pourquoi, fût-il assis ou couché, le maintien de toute attitude lui devient si rapidement à charge. Le décubitus dorsal met ses jambes à l'épreuve, d'où les crampes douloureuses du mollet qui, si souvent, le tourmentent au lit.

S'il en est ainsi, on conçoit aisément que le parkinsonien soit l'éternel fatigué que nous connaissons. Il s'épuise à maintenir ou plutôt à consolider sa statique. Ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas là d'une hypothèse non fondée, c'est que l'on peut constater ainsi que l'ont mis en évidence MM. J. FROMENT et L. VELLUZ que l'état parkinsonien est générateur d'acidose. Non seulement le coefficient de MAILLARD-LANZENBERG s'élève à certaines heures, mais on peut encore déceler l'acide lactique dans ses urines en même temps qu'une

élimination exagérée de créatinine (ce dernier fait avait été noté antérieurement par KOCH, MARINESCO et POPESCO). L'état parkinsonien détermine donc des perturbations du métabolisme musculaire, analogues à celles qui résultent de l'exercice musculaire sous ses différentes modalités. CAMPBELL et WEBSTER, en particulier, avaient, en effet, noté que l'on observe dans ces derniers cas une élimination d'acide lactique et une exagération de l'élimination de la créatinine.

Réserves faites pour les cas de perturbations mentale indéniable et pour les troubles psychopathiques bien légitimes chez ces malheureux infirmes, on peut se demander si le psychisme spécial du parkinsonien ne s'apparente pas en quelque manière au psychisme du grand fatigué. N'y a-t-il pas chez celui-ci aussi un certain degré d'inertie et si l'on veut de bradypsychie temporaire ? En d'autres termes, l'alpiniste de retour après une longue et fatigante ascension n'a-t-il pas de réactions psychiques différentes de celles qui lui sont habituelles et qu'il retrouvera dès qu'il sera reposé ? Et d'ailleurs, les réactions psychiques du parkinsonien ne sont-elles pas modifiées notablement par un traitement bien réglé comportant l'administration régulièrement continué d'hyoscine et de datura ?

Les sujets sont donc fatigués et par suite des troubles moteurs et psychiques, spéciaux à leur affection, ils s'étonnent de ne plus pouvoir fournir un effort long et un peu soutenu. Leur maladie les préoccupe justement beaucoup par sa longueur et par l'aggravation qui se produit. Ils peuvent se décourager et venir demander à leur médecin un soutien et un secours. Il

n'y a rien, jusque-là, que des rédactions normales vis-à-vis de leur état morbide.

Mais ces phénomènes pourront assez facilement s'accroître et d'autant plus que nous aurons affaire à des gens intelligents et cultivés qui réagiront de ce fait plus volontiers dans le sens mental. Ils perdront l'appétit; leur sommeil déjà très touché, deviendra de moins en moins important. Les préoccupations hypochondriaques légitimées par leur état, prendront une allure obsédante. Leur système nerveux deviendra anormalement hyperesthésique; des phénomènes habituels de la vie, qui passent ordinairement inaperçus, seront pour eux une cause d'énervement, de dérangement. Au point de vue intellectuel pur, les troubles de l'attention augmenteront, ils présenteront de l'amnésie et un beau jour ils renonceront à lutter.

Le malade s'attristera alors, il s'isolera, il vivra replié sur lui-même et pour peu qu'il ait quelque tendance à l'introspection et aux scrupules, il s'analysera encore plus, cherchant en lui la cause même de ses malheurs. Il vivra alors dans un perpétuel état d'inquiétude. Il deviendra anxieux et se sentant fort touché par son affection, se demandera quel degré de déchéance physique, il pourra atteindre. La peur de l'avenir pourra amener chez ces malades des idées de suicide qu'au cours d'un raptus anxieux ils mettront à exécution. C'est le *suicide* qui donne la plus grande importance à ces syndromes qui ne doivent être ni méconnus, ni traités à la légère; il est, en effet, assez fréquent chez les parkinsoniens et on en a signalé de nombreux cas.

Nous pourrions trouver également ici des formes de

passage entre les syndromes dépressifs et d'autres états plus proches de la mélancolie. Mais il importe d'insister particulièrement sur la nécessité d'examiner sérieusement le malade avant de prononcer les noms de syndrome dépressif ou de mélancolie. Son aspect extérieur atone ou pleurard, la diminution de l'intérêt spontané et de l'initiative, la fatigabilité extrême se prêtent à des erreurs de diagnostic.

A défaut de traitement étiologique à effet certain, nous ne pourrions employer ici, comme au cours de l'évolution d'autres syndromes dépressifs, qu'une thérapeutique symptomatique. Avant tout, il faudra lutter contre l'asthénie et l'insomnie qui ne fait que l'augmenter. Tout d'abord, on essayera les bromures de potassium et de sodium de 2 à 4 grammes par jour qui peuvent suffir. Si on veut les donner au malade sous une forme cachée ou plus commode, nous recommanderons particulièrement le sédobrol. Si les bromures sont insuffisants, nous ne pourrions nous adresser qu'aux hypnotiques. Nous avons utilisé le somnifène à des doses variant de XXX à L gouttes et l'allonal à raison de un ou deux comprimés chaque soir; ce dernier semble particulièrement le moins toxique de tous les hypnotiques et donne un réveil calme et naturel, sans aucune sensation pénible. Puis, l'insomnie vaincue, on pourra essayer de combattre l'asthénie par le phosphore ou l'arsénic.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROUQUIER

Syndrome dépressif grave avec obsession, phobies, idées d'indignité et d'auto-accusation séquelle d'encéphalite évoluant depuis dix ans par poussées successives.

M. X..., 45 ans, pharmacien, originaire de l'Ardèche. En 1915, alors que l'intéressé était mobilisé comme aide-major dans un train sanitaire, épisode fébrile accompagné de diplopie et d'hypersomnie diurne, et suivi, d'après un certificat établi à ce moment de « dépression nerveuse rendant le sujet inapte à tout travail intellectuel ». Le diagnostic d'encéphalite n'a pas été fait puisque la maladie n'était pas encore connue. Mais l'évolution de l'affection, l'absence de tout antécédent, en particulier de syphilis, permettent de le considérer comme certain.

Depuis cette date, en effet, le malade ne s'est plus rétabli. Et il est fort possible qu'il ait, après avoir été réformé, contaminé sa femme que nous n'avons pu examiner. Cette dernière est, en effet, internée et présente des troubles mentaux du type maniaque, autant qu'on peut l'affirmer en se basant sur de simples renseignements fournis par la famille. Il a fait, pendant un an environ du Parkinsonisme avec bradykinésie, aspect figé, sialorrhée. Ces symptômes ont régressé, puis disparu. Il a été obligé de céder sa pharmacie, après avoir, à plusieurs reprises, essayé de s'empoisonner avec des médicaments toxiques, comme la scopolamine, qu'il avait à sa disposition.

Quand nous l'avons examiné, à la fin de l'année 1925, il était malade depuis plus de dix ans. A ce moment, l'examen neurologique est absolument négatif. Ce sont les troubles mentaux seuls qui rendent le sujet incapable de travailler et nécessitent une surveillance de tous les

instants. Accompagné d'un de ses parents, il se présente comme un très grand déprimé anxieux, obsédé et phobique. Il s'agit d'un homme intelligent et cultivé, très sincèrement religieux et qui a toujours été d'un caractère scrupuleux et délicat. Il ne dort que deux ou trois heures par nuit, se réveille fréquemment en sursaut. Dans la journée, il est si las qu'il est obligé de rester conché, bien qu'il ne dorme pas davantage. C'est à peine si, certains jours, il se lève pour aller s'installer au jardin, dans un fauteuil : il n'a pas la force de le faire, dit-il, ou, plus exactement, tout effort physique lui est si pénible qu'il n'est pas capable de se l'imposer lui-même. Ce sont ses parents qui l'ont conduit à Lyon pour l'expertise en cause; le changement d'atmosphère et de milieu l'ont momentanément amélioré. Et pourtant, il ne pouvait se décider lui-même à faire le voyage; mais, venu à Lyon, il regagnera la petite ville de l'Ardèche, qu'il habite, sans être allé voir ses grands fils, qu'il aime bien et dont il est fier (ils préparent au Lycée Ampère le baccalauréat et l'Ecole Normale Supérieure). Il n'a pas, dit-il, l'énergie morale suffisante pour le faire, et, d'autre part, il ne veut pas leur donner le spectacle de sa déchéance morale. « J'ai honte de leur faire voir le malheureux sans force et sans caractère que je suis et je n'irai pas leur rendre visite, bien qu'il me soit pénible de quitter Lyon sans y être allé ».

Tout effort intellectuel lui coûte autant que l'effort physique. Il ne lit même pas le journal parce qu'il ne peut pas fixer son attention sans une peine insurmontable. Il n'écrit pas ou se contente de quelques lignes en style télégraphique. Et cependant, s'il ne prend goût à rien et ne s'intéresse à rien, tout ne le laisse pas indifférent. Il sait qu'il est sérieusement malade. « C'est atrocement pénible de sentir sa tête vide, de ne pouvoir appliquer sa pensée à un but. »

Mais il est obsédé cependant par la crainte d'être lui-

même l'auteur de ses propres maux, en abusant de l'introspection et de l'analyse psychologique. Il se reproche beaucoup son manque d'énergie et de volonté; c'est ainsi qu'il qualifie son incapacité de faire quelque chose.

« Enfin, docteur, dites-moi si j'ai réellement des lésions cérébrales ou si c'est simplement par ma faute que je suis ainsi. » Et il est rassuré d'apprendre que, bien qu'il ne présente actuellement aucun symptôme d'ordre neurologique, il s'agit certainement de phénomènes organiques, d'origine infectieuse, conditionnés, sinon par des lésions facilement décelables, du moins par des modifications de la nutrition et du fonctionnement des centres nerveux, tels qu'on peut les assimiler à des lésions inflammatoires curables. Ainsi donc, il ne s'adresse plus autant de reproches et n'essaie plus de se gourmander et de se rendre malheureux à l'excès en s'efforçant, mais en vain, de sortir par ses propres moyens du marasme dans lequel il est depuis si longtemps plongé.

Ce sont ces idées d'indignité et d'auto-accusation qui, au cours de plusieurs raptus anxieux de courte durée, ont poussé le malade à essayer de mettre un terme à ses maux par le poison. Il a fait plusieurs tentatives qui ont échoué parce que la dose de médicament toxique n'avait jamais été suffisante. Il savait évidemment que la religion condamne le suicide et il est très croyant : il a donc honte de ses tentatives et elles sont pour lui, après coup, un nouvel objet de reproches et de regrets. Il n'a plus, depuis qu'on l'a éloigné de sa pharmacie, d'idées noires analogues, et, d'autre part, il ne désespère pas de guérir et de voir son état s'améliorer. Il suffit de le rassurer et de le réconforter pour qu'il reprenne goût à l'existence.

Est-il besoin d'ajouter que ces troubles s'accompagnent des diverses algies classiquement rencontrées chez les neurasthéniques ? Le bruit, les chocs moraux, les contrariétés, contribuent à les aggraver et à faire souffrir le malade. Il s'est réfugié chez un oncle et mène à la cam-

pagne une vie végétative, se croyant un objet de répulsion et de dégoût pour les siens, y compris ses enfants. De déprimé, il deviendrait pour un rien, mélancolique et les soins et les attentions dont il est l'objet n'améliorent point son état.

L'examen somatique est, pour le moment, négatif. Les réflexes tendineux sont vifs, mais c'est tout. Il n'existe aucun signe de Parkinsonisme. Les pupilles sont égales, régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'état général est bon, la tension artérielle à peu près normale (16/10 au Vaquez-Laubry). On ne constate aucune dysarthrie, ni le moindre achoppement aux mots d'épreuves. A noter cependant que le sujet a fait récemment une poussée de dermatite herpétigineuse du cuir chevelu dont persistent quelques séquelles sous forme de vésicules ulcérées et recouvertes de croûtes.

Nous n'avons pas conseillé au malade d'autre traitement que le bromure de sodium, sous forme de Sédobrol, destiné à lui procurer un sommeil aussi prolongé que possible en supprimant l'hyperexcitabilité neuro-psychique cause de l'insomnie. Ce résultat a été obtenu avec 4 ou 5 grammes de ce médicament. Et il n'y avait pas quinze jours que le sujet dormait six ou sept heures par nuit, qu'il se sentait moins déprimé, moins anxieux et moins obsédé.

Il s'agit, en somme, d'un malade intelligent et cultivé, d'une moralité élevée, très religieux, et qui, pour ces diverses raisons, a toujours été un peu scrupuleux et consciencieux à l'excès. A la suite d'une maladie infectieuse provoquée par un virus neurotrope et qui est à peu près sûrement (d'après l'interrogatoire, l'évolution ultérieure de l'affection compliquée de Parkinsonisme et enfin l'absence de toute autre cause) d'origine encéphalitique, ce sujet a fait un long état dépressif avec obsessions, phobies, idées d'indignité et d'auto-accusation, mélancolie anxieuse par intervalles. Cet état qui évolue

encore depuis dix ans, a été suffisamment grave pour provoquer plusieurs tentatives de suicide.

Le malade a été revu en février 1927, son état était suffisamment amélioré pour qu'il ait pu reprendre, non le cours normal de ses occupations, mais une existence moins oisive. Il s'occupe de sa pharmacie, en surveille la gestion et la comptabilité. Néanmoins, s'il fournit un effort intellectuel un peu intensif, il en supporte les conséquences au bout de quelques jours, parce qu'à ce moment apparaît de la dépression avec insomnie, fatigabilité; et, fait curieux, quand le malade est en période de dépression, sa physionomie habituellement mobile, devient inexpressive, se fige et sa voix apparaît monotone sans qu'il puisse être cependant question, chez lui, de parkinsonisme ou de troubles moteurs analogues à ceux qu'on observe chez les Parkinsoniens.

OBSERVATION V (Inédite)

Recueillie à l'Asile de Bron

Dans le service de M. le Professeur LÉPINE

Syndrome dépressif avec anxiété et craintes vagues de persécution, insomnies rebelles, chez un Parkinsonien jeune, à l'hérédité vraisemblablement chargée.

R. Augustin est âgé de 28 ans, il vient de Romans. Ses parents sont inconnus. Elevé par les soins de l'Assistance publique, il a été employé comme domestique jusqu'en 1916. Il s'engage à ce moment-là, il ne fait aucun séjour à l'hôpital. En 1920, il entre dans l'Administration des Postes. Peu à peu, il sent ses forces diminuer, il perd l'appétit, a des cauchemars, des insomnies fréquentes. Ne pouvant continuer son service, il est mis en disponibilité en 1925. Il est hospitalisé à Montélimar, puis à Romans, d'où il est dirigé sur Bron.

Actuellement, c'est un sujet amaigri, aux muqueuses décolorées, au teint pâle. Il se plaint de douleurs gastri-

ques vagues, mais ne présente aucun symptôme net d'une affection quelconque. Il est orienté dans le temps et dans l'espace et n'a aucun trouble de la mémoire. Son état le préoccupe au plus haut point; il a vu plusieurs médecins; il en cherche la raison et, durant son séjour à Lyon, s'est fait faire une réaction de Wasserman, qui d'ailleurs est restée négative.

Au point de vue physique, on constate l'aspect figé du visage, la fixité du regard. Au repos, le membre supérieur droit reste collé le long du corps, et, dans la marche, les mouvements automatiques et associés ont disparu. Il existe de l'hypertonie latente, mise en évidence par le signe du poignet. Pas de sialorrhée, pas de tremblements, pas de troubles oculaires. Au point de vue organique, rien d'autre à signaler.

Au cours de l'examen, le malade devient de plus en plus anxieux, puis il se met à pleurer et, se tordant les mains, cherche à se disculper : « Je ne suis pas un criminel, je n'ai rien fait de mal ! » On ne peut pas lui faire déterminer la nature des fautes dont il se croit accusé. En dehors de celà, il ne présente ni hallucinations, ni autres idées délirantes.

Le malade ne dormant pas et étant très anxieux, on lui donne trois comprimés de Sédobrol qui le font reposer; puis, au bout de quelques jours, ces derniers ne suffisant pas, deux comprimés d'Allonal qui le font bien dormir. L'anxiété diminue aussitôt. Le malade ne reste que trois semaines à l'Asile, puis il est transféré.

Parmi les délires, celui qui a été le plus fréquemment observé est le *délire hypochondriaque*. Parfois, ce ne sont que quelques idées fugaces, quelques préoccupations surajoutées au syndrome dépressif; dans d'autres cas, il est plus marqué, mais, jamais, il n'est sys-

tématisé; c'est avant tout un délire passager, polymorphe, variable. Nous en rapportons ici deux cas que nous avons pu recueillir et qui montrent bien ces caractères.

OBSERVATION VI (Inédite)

Recueillie dans le Service de M. le Professeur FROMENT grâce à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DEVIC

Syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez une jeune femme. Préoccupations obsédantes de type hypochondriaque monosymptomatique : craintes d'être enceinte, ne parle que de sa grossesse possible et de ses diverses manifestations d'ailleurs imaginaires. Evolution en quinze jours. Guérison.

En février 1920, la malade a présenté une fausse couche de deux mois, puis pendant un mois, elle n'a plus fait autre chose que manger et dormir. Pendant sa période de somnolence, elle a eu de la diplopie, puis « des cauchemars les yeux ouverts ». Durant le mois qui a suivi cette période, insomnie complète. Une asthénie assez marquée, qui ne l'a pas empêchée de vaquer à ses occupations, cependant, domine ensuite la scène pendant plusieurs mois. En 1923, la malade s'est remise de nouveau à dormir; ces phénomènes de sommeil invincible ont duré quelques temps, sans qu'elle puisse exactement en spécifier la durée; puis, peu à peu, elle s'est sentie devenir raide. Au début d'août 1926, elle a accouché normalement d'une fille qu'elle n'a pas nourrie; elle a encore un peu de lait et ses règles ne sont pas revenues.

Observation neurologique (Service du Professeur Froment). Marche : le tronc légèrement fléchi en avant ainsi que la tête, les deux bras sont collés au corps. Dans la marche plus rapide, le bras gauche reprend quelques oscillations. A droite : les pieds joints, les yeux ouverts :

phénomène de la roue dentée; les yeux fermés, la rigidité s'accentue ainsi que la roue dentée. A gauche : les pieds joints, les yeux ouverts : ébauche de roue dentée presque sans rigidité; si les yeux sont fermés, la roue dentée et la rigidité augmentent notablement. L'occlusion des paupières se fait bien; rien à signaler au point de vue oculaire. Légère asymétrie faciale. Réflexes normaux aux membres supérieurs et inférieurs. Babinski en flexion. Pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïde du pied. Hypertonie générale plus marquée à droite qu'à gauche.

Observation psychiatrique (personnelle) : La parole est lente, unitonale. Elle nous dit elle-même qu'elle sent de la fatigue pour réunir ses pensées et pour articuler. Elle ne présente, en dehors de la bradypsychie, aucun autre trouble. Pas d'amnésie de fixation ou d'évocation. Au point de vue caractère, elle a beaucoup changé. Elle, qui était gaie, active, se sent maintenant triste et facilement découragée. Elle ne réagit plus aux divers événements de la vie comme elle le faisait auparavant. Elle se sent beaucoup plus énervée, mais, cependant, n'a jamais de difficultés avec sa famille. En résumé, la malade ne présentait pas de troubles différents des phénomènes habituels chez les parkinsoniens, lorsque l'attention fut attirée sur elle par diverses déclarations.

La malade qui n'a plus ses règles depuis cinq mois, date de son accouchement, comme nous l'avons déjà dit, a brusquement déclaré qu'elle était enceinte. Bien plus, son enfant bouge, tantôt d'un côté de son abdomen, tantôt de l'autre; il remue beaucoup plus la nuit que le jour. A l'examen, rien ne répondait à une grossesse de quatre mois au moins; cependant, on l'envoie en consultation à la maternité. On lui déclare qu'elle n'est pas enceinte; mais, comme elle n'a été examinée que par l'interne et non par le chef de service, ses préoccupations augmentent cependant. A son avis, l'interne s'est trompé; du

reste, elle est sûrement enceinte car elle a du lait, n'a plus ses règles et son enfant bouge. Elle nous confie ses soucis et ajoute que, jour et nuit, elle se palpe le ventre, essayant de tirer de son examen quelques nouveaux signes de grossesse; elle se presse en particulier les seins pour voir si elle a autant de lait. Interrogée, elle nous dit même qu'elle n'a aucune raison de se croire enceinte. Ce petit délire évolue pendant quinze jours environ; puis, brusquement, un matin, elle déclare qu'elle s'est trompée.

A l'origine de ce petit délire, nous retrouvons quelques préoccupations hypochondriaques que la malade a eues au cours de sa dernière grossesse et, depuis, elle vit avec la crainte d'être enceinte. Sur des interprétations fausses de sensations quelconques abdominales, elle a bâti un petit délire hypochondriaque avec des idées obsédantes monosymptomatiques. Tout est, du reste, rentré rapidement dans l'ordre.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROQUIER. .

Délire hypochondriaque au cours d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

Il s'agit d'un jeune soldat, sans antécédents nets, chez lequel le virus encéphalitique après avoir successivement provoqué, depuis le mois de janvier, des paralysies oculaires, de la somnolence avec torpeur intellectuelle, des myoclonies, une hémiparésie gauche, des phénomènes douloureux dans cette moitié du corps, s'est fixé et a déterminé l'apparition en juillet d'un syndrome parkinsonien classique d'abord fruste, puis progressivement accentué et actuellement très grave, résistant comme il est de règle, à toute thérapeutique. Le malade qui n'avait jamais présenté de troubles mentaux, si ce n'est la torpeur intellectuelle qui accompagne la forme stuporeuse

de l'encéphalite, et qui, fait à noter, n'a jamais été confus, s'est mis un beau jour et, sans cause apparente, à fabriquer un délire hypochondriaque très actif.

Il croit que son estomac est percé, que sa vessie communique avec lui, que le lait qu'il absorbe passe directement dans son urine; il n'en a plus que pour deux jours à vivre, etc.

Il s'exprime lentement et avec peine, comme tous les parkinsoniens; aussi, préfère-t-il exposer par lettre ses doléances. On en a ainsi, pendant quinze ou vingt jours, reçu deux ou trois par vingt-quatre heures. Puis, un beau jour, brusquement tout rentre dans l'ordre. Le malade écrit qu'il a été stupide, se rendant rétrospectivement compte de son état et adresse des excuses qu'on ne lui demandait pas. Son Parkinson s'aggrave, cependant.

Les troubles mentaux chez les enfants

Chez ceux-ci, les troubles mentaux de la Maladie de Parkinson post-encéphalitique prennent des formes particulières, qui ne ressemblent en rien aux troubles mentaux des adultes, et sont les mêmes que chez les jeunes sujets ne présentant pas de troubles moteurs.

A la *période aiguë*, le tableau clinique est celui d'une maladie infectieuse quelconque, comme chez l'adulte, mais avec une exacerbation considérable des signes psychiques. L'enfant, qui présente de l'inversion du rythme du sommeil, a tendance à somnoler le jour et, le soir venu, il éprouve de grandes difficultés à s'endormir. Il crie, s'agite, cherche à briser tout ce qui se trouve à la portée de sa main. Il a de nombreuses illu-

sions, augmentées encore par le fait qu'il est dans l'obscurité et, souvent même des hallucinations. Parfois, il délire, mais par intermittences et, dans ce cas, il présente un *délire onirique*. Puis, au matin, brisé de fatigue, il s'endort. Le plus souvent, en même temps que l'infection évolue, s'installent les signes physiques du syndrome parkinsonien post-encéphalitique qui continuera à évoluer. A la période aiguë, en dehors de la médication anti-infectieuse, ce sont surtout ces phénomènes d'agitation nocturne qui doivent être traités. Pour cela, il y aura intérêt à employer les sédatifs simples comme les bromures en sirop ou sous la forme masquée comme le sédobrol, par exemple, à la dose moyenne de 1 gr. et les hypnotiques comme le somnifène, l'allonal, par la voie buccale, à posologie variable selon l'âge : XX gouttes du premier et un comprimé du second, en général.

Cette Maladie de Parkinson que nous venons de voir apparaître à la période aiguë, continuera à évoluer; dans d'autres cas, elle surviendra au contraire, comme chez l'adulte, à la suite d'une encéphalite méconnue ou plutôt qualifiée de grippe ou d'état infectieux banal.

Dans ces *formes chroniques*, nous aurons des troubles mentaux fréquents que, par commodité, nous pourrions diviser en : troubles du caractère et de l'humeur, troubles du sommeil, troubles intellectuels proprement dits, perversions morales, excitation et perversion génésique. En quelques lignes, nous examinerons ensuite la situation au point de vue médico-légal.

En premier lieu et avant tout, chez un enfant touché par le virus encéphalitique, on trouvera des *modi-*

fications de l'humeur et du caractère. Il en existe de nombreuses observations signalées dès le début de l'épidémie; nous-même en avons trouvé plusieurs exemples. Un des premiers, M. le Professeur CLAUDE, en 1920, avait attiré l'attention sur ce sujet et avait constaté : « le passage très rapide, chez le même sujet, de l'état de dépression à la gaité et à l'excitation, non sans une certaine verve sarcastique ».

Ces troubles sont particulièrement nets chez les enfants qui, avant leur encéphalite, étaient calmes et dociles et qui, soit brusquement, soit en quelques mois, deviennent paresseux, hargneux, prennent des colères sans motifs, s'isolent de leurs camarades. Ils sont insupportables par leur humeur querelleuse et agressive. Ces modifications du caractère surviennent généralement par crises, par bouffées, tout comme des accès d'hypomanie et on a remarqué qu'ils apparaissaient fréquemment à heure fixe, le plus souvent le soir; ils sont de règle en cas d'insomnie. Parfois, l'enfant peut se rendre compte de son état et il en résulte un sentiment pénible pour lui.

Les troubles du sommeil, à la période chronique, sont variables, mais nous trouverons le plus souvent de l'insomnie ou de l'inversion du rythme du sommeil. Ils rendent l'enfant particulièrement gênant pour l'entourage, car il en résulte une agitation nocturne constante qui doit être traitée, comme dans la forme aiguë de l'affection par sédatifs ou par des hypnotiques (sédobrol, somnifène, allonal dans nos observations), selon l'importance des troubles. A certaines périodes, succédant à l'insomnie, on peut quelquefois trouver de l'hyper-somnie.

Les troubles de l'*intelligence* sont très fréquents et viennent, avec les troubles déjà cités, modifier profondément l'aspect de l'enfant. Chez ce dernier, en effet, il se produira un arrêt très net dans le développement intellectuel; de plus, comme chez l'adulte, la brady-*psychie* apparaîtra. Dans d'autres cas même, la mémoire deviendra déficiente et il se présentera une amnésie de fixation très marquée; parfois, il y aura une perte nette d'une partie des connaissances acquises.

Si, au bout de quelque temps, nous interroignons un de ces malades, on croirait aisément avoir affaire à un débile mental; en réalité, il s'agit surtout de troubles amnésiques, car, dans certaines conditions, on arrive à lui faire retrouver ses souvenirs. Le jugement et le raisonnement sont parfois sains; il peut se rendre compte de la gravité des fautes commises, comme la petite fille de notre observation VIII.

Chez d'autres sujets, on constate, outre les signes déjà indiqués plus haut, une véritable arriération mentale, une sorte de périlisme, d'*arrêt de développement*. Leur jugement et leur raisonnement restent tels qu'ils étaient au moment où leurs centres nerveux ont été touchés par le virus encéphalitique. Ils sont une gêne pour leur famille, à laquelle ils occasionnent des ennuis de toutes sortes; de plus, les répressions morales et quelquefois physiques n'ont aucune action sur eux. Certains sujets présentent des fugues, de l'obnubilation de la conscience, des états ressemblant aux équivalents comitiaux; cependant, ces impulsions sont conscientes, ils s'en souviennent comme dans le cas de notre observation.

Perversions morales. — L'enfant, après l'encéphalite, va devenir souvent menteur, méchant, dénonciateur et mythomane; ce sera un petit monstre ni adapté, ni adaptable à la vie sociale, dans le genre de celui que l'on a l'habitude de désigner sous le nom de « fou moral » ou de pervers instinctif. Mais ce qui différenciera de ce dernier le malade post-encéphalitique, c'est qu'avant tout, c'est un pervers acquis et tout au plus pourra-t-on dire que l'affection a réveillé des tendances constitutionnelles.

Les *réactions* sont très variables. Tantôt, simplement voleur, il se fera dans d'autres cas dénonciateur ou, plus encore, ce sera un mythomane dangereux, comme dans le cas signalé par LAIGNEL-LAVASTINE, où une jeune fille de la Maison de Saint-Denis accusait un employé de l'avoir violée. Les exemples de cette nature sont nombreux et pourraient être multipliés à plaisir; nous en rapportons un cas. L'enfant, devenu méchant, éprouvera un malin plaisir à maltraiter les animaux ou les malades, comme le jeune F..., de notre observation. Voleur, il le sera sans besoin et uniquement pour le plaisir de faire ce qui est défendu. Cette énumération pourrait être poursuivie longtemps, car toutes les perversions morales peuvent être rencontrées.

L'*excitation générique* est très marquée et c'est elle qui domine une partie du tableau clinique de ces sujets; elle est de même souvent importante chez les adultes. Les attentats à la pudeur envers de petites filles de six à douze ans avec attouchements et exhibitionisme, parfois sans tentative de coït, sont fréquents, de même que le simple outrage public. Une

seule idée les préoccupe, avant tout, c'est la satisfaction de leurs désirs brûlants. Au début, n'osant s'attaquer aux autres, ils se livrent sur eux-mêmes à des attouchements continuels; leurs organes génitaux sont perpétuellement congestionnés, enflammés ou même blessés. Il s'en suit des modifications morphologiques comme l'hypertrophie et la turgescence du clitoris, le gland en battant de cloche (Observation XII). Puis, ne se suffisant plus à eux-mêmes, leur érotisme tendra à s'exercer sur leur entourage : la jeune fille provoque les hommes et cherche à se prostituer, le jeune garçon essaiera de séduire toutes les personnes du sexe féminin qu'il rencontrera, sans distinction d'âge et même l'inceste ne l'arrêtera pas.

Chez d'autres, la déviation de cette activité génésique produira des perversions sexuelles. Les homosexuels, les masochistes, les sadiques, les nécrophiles ne sont pas rares. Notre malade de l'Observation XIII nous montre toute la gamme de l'érotisme et des perversions. Il en est ainsi chez l'adulte atteint de perversions sexuelles après l'encéphalite.

Cette forme particulière de psychose, que nous venons de décrire chez les enfants atteints par le virus de l'encéphalite épidémique peut, au point de vue pathogénique, être ramenée à deux types : chez les uns, l'excitation est directement en rapport avec l'encéphalite, chez les autres, il s'agit d'accès chez des prédisposés, c'est-à-dire de phénomènes d'ordre constitutionnel. En clinique, nous trouverons deux formes principales avec entre elles tous les termes de passage. La première est violente, impulsive avec des colères, des vols, des

fugues semblables à celles des épileptiques, mais avec conservation de la conscience et de la mémoire. La deuxième est constituée par des perversions réfléchies, malignes, analogues aux perversions constitutionnelles.

Quelle sera donc l'attitude du médecin ou mieux du médecin spécialiste, devant ces malades, en face de leurs *réactions médico-légales* fréquentes ? On ne peut les garder dans les prisons, car ils sont irresponsables, ni dans les hôpitaux où ils sont une cause continuelle de désordres et nécessitent une surveillance constante. Dans les asiles d'aliénés, ils ne sont pas non plus à leur place au milieu des autres enfants, pour la plupart imbéciles ou idiots. Il faudra donc, ainsi que la Société de Psychiatrie en a émis le vœu en novembre 1925, hospitaliser les enfants pervers encéphalitiques dans des services spéciaux, en dehors des asiles l'aliénés ou en tous cas dans des services de ces asiles qui leur seront réservés.

Pour conclure, il est presque inutile de faire remarquer que ces types pervers seront retrouvés chez l'adulte, lorsque ces enfants auront, au moins au point de vue physique, acquis leur développement complet; l'âge ne modifiera en rien la gravité de leurs réactions.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Recueillie à l'Asile de Bron

Dans le Service de M. le Professeur LÉPINE

Modifications du caractère : irritabilité, impulsivité avec, par intervalles, violences vis-à-vis de l'entourage, chez une enfant parkinsonienne.

N..., âgée de 14 ans, entre en janvier 1927 à l'Asile de Bron pour des « accès d'agitation avec menaces sur l'entourage ». Depuis plusieurs années, elle est sujette à des crises de violences au cours desquelles elle crie, s'agite, brise tout ce qui se trouve à portée de sa main; insomnie par périodes. De plus, à plusieurs reprises, elle a mordu ses frères et sœurs, les a griffés et même les a poursuivis une fois le couteau à la main. On est contraint de l'immobiliser presque continuellement au lit. C'est pour ces motifs que la famille l'a fait interner. Dans ses antécédents, on retrouve plusieurs épisodes fébriles qualifiés grippes, accompagnés d'insomnies, au cours des années 1917 et 1918.

Examen neurologique : La malade est assise dans son lit, le corps penché en avant. Hypertonie généralisée, plus marquée à droite qu'à gauche et bradykinésie. Tremblement du membre supérieur droit. Réflexes medio-plantaires, achilléens et rotuliens normaux, plus vifs à droite qu'à gauche. Pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïde du pied. Babinski en flexion des deux côtés. Les deux gros orteils sont normalement en extension. Oppenheim sans réponse. Pas de réflexes de défense. Réflexes abdominaux normaux. Aux membres supérieurs : tremblement à droite au repos, réflexes normaux, pas de signe de la roue dentée. Le poignet est figé à droite; il le devient à gauche par les manœuvres habituelles. Facies figé, les lèvres sont légèrement écartées. Inégalité pupillaire : pupille droite plus grande que la gauche. Dans la marche, le corps est penché en avant. Tout le côté droit est raide, l'avant-bras fléchi sur le bras et collé au corps. A gauche, les mouvements automatiques et associés persistent. La malade est gauchère, ne pouvant se servir de son membre supérieur droit.

Examen mental : L'enfant nous accueille toujours avec un large sourire et se prête volontiers à l'interrogatoire. Les réponses sont lentes, car elle est bradypsychique. La

mémoire est bonne, aussi bien la mémoire d'évocation que la mémoire de fixation. Le raisonnement est très enfantin, N... ne présentant pas le développement intellectuel d'un enfant de son âge, mais celui d'une fillette de 10 ans par exemple. Elle n'est pas débile; à l'école, autrefois, elle apprenait facilement. Elle sait bien lire, bien écrire, ses réponses sont justes aussi bien sur l'arithmétique que sur l'histoire, la géographie ; de nationalité italienne, et venue en France à 6 ans, on la prendrait, à l'entendre parler, pour une française.

Par moments, elle a des accès d'agitation; comme elle est camisolée par crainte de réactions dangereuses sur l'entourage, elle essaye de se détacher. Dans ces périodes, elle présente de l'insomnie; contre ces phénomènes, nous avons agi avec succès en lui faisant prendre régulièrement du Somnifène à la dose de 40 à 50 gouttes par jour. Mais, ce qui la rend particulièrement inadaptable, c'est que sans raison d'aucune sorte, elle saute brusquement sur la première personne qui se présente, lui crache au visage, la griffe, lui envoie des coups de pied ou tout objet à la portée de sa main. C'est une impulsion brusque qui la saisit, impulsion mnésique et consciente; il ne semble donc pas s'agir d'équivalents comitiaux. Quand on cause à l'enfant, elle se met à pleurer : Ce n'est pas de ma faute; quand cela me prend, il faut que je le fasse! » Elle regrette profondément son acte et demande pardon. Parfois, à cet instant même, elle décroche un nouveau coup de pied, dont elle se repent, du reste par la suite. Elle pleure et dit que sa maladie est la cause de ces réactions, elle se lamente de ne pouvoir guérir. En dehors de ces phénomènes, l'enfant est parfaitement tranquille.

OBSERVATION IX (Inédite)

Recueillie dans le Service de M. PÉHU

Hôpital Debrousse

Syndrome parkinsonien à la suite d'une chorée encéphalitique. Quelques troubles du caractère.

Les antécédents familiaux sont les suivants : père atteint de diabète et de maladie de Vaquez, grosse rate, pas de syphilis; mère en bonne santé, de même que quatre sœurs et un frère. A l'âge d'un an et demi, l'enfant a présenté une chorée qui a duré trois ans. Elle a été intense; les mouvements étaient continuels et existaient la nuit comme le jour; la petite malade ne dormait presque pas, quelques minutes à peine dans le cours de la nuit. (La notion d'épidémie est fournie par deux cas analogues qui se sont présentés à la même époque dans un village voisin; ces enfants sont « idiots »). Pendant la chorée, la température n'a pas été prise, il n'y a pas eu de phénomènes articulaires. Les parents ont consulté trois ou quatre médecins qui ont tous fait le diagnostic de chorée et il s'agit de cette affection indiscutablement. D'après les renseignements, l'enfant présentait des mouvements incoordonnés des membres et de la face, elle ne pouvait rester immobile, faisait des grimaces, tirait la langue. Pendant les années 1923 et 1924, elle a joui d'une bonne santé apparente, cependant il faut noter à cette période du déroboement des jambes, quelques secousses musculaires au niveau des épaules, des membres supérieurs. Les troubles du caractère sont apparus en même temps. C'étaient des colères subites et cessant également très brusquement, mais sans horaire fixe. Au début de 1924, le père a constaté que les jambes de l'enfant « devenaient très faibles »; elle marchait les jambes pliées à demi, cependant, elle ne tombait et n'éprouvait pas très

souvent le besoin de s'asseoir. Il est difficile de dire s'il s'agissait réellement d'une perte de force ou déjà d'un trouble de l'attitude. A la même époque, apparut également une sialorrhée abondante, qui existe toujours. Depuis le début de 1925, l'enfant marche penchée en avant.

A l'examen : syndrome parkinsonien typique, mais sans tremblement. Attitude soudée, figée; marche courbée en avant, les bras collés au corps, disparition des mouvements automatiques et associés. La malade présente le phénomène de la kinésie paradoxale. Hypertonie généralisée, signe du poignet positif aux deux bras. A droite, on a un signe de Babinski très net, avec extension totale du gros orteil et partielle des petits. Pas de trépidation épileptique du pied, ni de clonus de la rotule. Tous les réflexes sont vifs.

Au point de vue mental, l'enfant présente toujours les mêmes troubles du caractère constitués par l'apparition de colères brusques et d'une légère impulsivité. A l'école, elle était fréquemment punie car elle ne pouvait rester en place; elle faisait continuellement des niches à ses camarades et souvent les battait. Elle répond bien à l'interrogatoire, mais avec lenteur : bradypsychie assez accentuée, parole lente, monotone, scandée par moments. La famille a remarqué que, depuis quelque temps, elle apprend plus difficilement.

OBSERVATION X (Inédite)

Recueillie dans le Service de M. LÉPINE

Asile de Bron

Modifications du caractère habituelles chez l'enfant après l'encéphalite chez un parkinsonien : irritabilité, impulsivité, instabilité. Perversions sexuelles et morales ; vol. Mort accidentelle par intoxication gardénalique : vol.

P... Jean, âgé de 19 ans, entre dans le service, une première fois, le 8 juillet 1924. Il vient de l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Lépine, avec le certificat d'admission : troubles mentaux, consécutifs à l'encéphalite épidémique, se caractérisant par du déséquilibre cérébral, des actes délictueux, des idées de suicide.

Pas d'antécédents héréditaires nets. Une de ses sœurs présente quelques signes de dégénérescence; elle n'a pas eu d'encéphalite, mais elle a souvent des crises nerveuses de nature inconnue et change continuellement de place. Le malade a eu une encéphalite en 1920. De temps en temps, depuis cette époque, il raconte qu'il a des impulsions qui le poussent à voler. Il aurait à plusieurs reprises pris de l'argent à son père, quoique, dit-il, il n'en avait aucun besoin et ne le dépensait pas. Il lui était impossible de résister à ces impulsions qui le prenaient toujours quand il était seul. Après leur avoir obéi, il n'avait aucune sensation de soulagement, mais au contraire des « remords ». A deux reprises, il a eu des accès en dehors de chez lui. Une première fois, dans un café, où il aurait pris quelques sous dans le tiroir-caisse; le propriétaire, l'ayant vu, les lui fit restituer. Une seconde fois, et c'est ce qui amena son arrestation, il vola une valise en gare de l'Arbresle. Aperçu, il se sauva et laissa tomber cet objet sur la voie. Arrêté, il fut conduit à la prison Saint-Paul; de là à l'Hôtel-Dieu, puis à l'Asile. Il présente en plus quelques idées de suicide. L'examen somatique est complètement négatif. Le malade reste dix mois à Bron puis est repris par sa famille.

Interné de nouveau le 15 octobre 1925, avec le certificat : troubles psychiques post-encéphalitiques, caractérisés par des impulsions au vol, actes délictueux, idées de suicide avec un certain état de puérilisme. A l'examen neurologique, le facies est figé; dans la marche, on constate l'abolition complète des mouvements automatiques et associés du membre supérieur gauche. Hypertomie

généralisée gauche, pas de signe de la roue dentée, réflexes normaux, sialorrhée. Quelques troubles de l'accommodation corrigés par des verres. (Le malade a vu double au cours de son encéphalite). Réaction de Wasserman négative. Au point de vue mental, l'état est sensiblement le même : impulsions au vol, précédées d'une céphalée assez intense. Par ailleurs, la mémoire est satisfaisante. Il présente un certain puérilisme et n'a pas le développement intellectuel d'un garçon de 20 ans. Le jeune homme se trouve très affecté par son état; il s'en préoccupe fort et voudrait guérir; sinon, il préfère se tuer. Il est sujet à d'autres impulsions anti-sociales, telles que l'exhibitionnisme; de plus, il ment continuellement. Le 3 avril, on le trouve dans le coma : il a absorbé du gardénal volé aux autres malades; mort le 7 avril 1926.

OBSERVATION XI (Inédite)

Recueillie dans le Service de M. le Professeur FROMENT
grâce à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DEVIC

Syndrome parkinsonien post-encéphalitique, avec troubles importants de la statique du tronc constatés chez une enfant de 16 ans, cinq ans après l'atteinte initiale. Puérilisme avec arrêt du développement intellectuel, sans signes de déficit et en particulier sans troubles de la mémoire. Conservation du sens auto-critique. Modifications du caractère : irritabilité, impulsivité; violences par intervalles vis-à-vis de l'entourage.

D... Lucienne, 16 ans, sans antécédents héréditaires à signaler, s'est toujours bien portée jusqu'au printemps 1921, date à laquelle elle eut une encéphalite. Pendant une période de quinze jours environ, elle présenta une hypersomnie diurne et nocturne. On essayait de la promener pour la réveiller, mais au bout de quelques pas,

elle se rendormait ; la température n'a pas été prise pendant cette période. L'affection n'aurait pas eu l'allure aigüe; pas de délire. Après cette phase hypersomnique, au cours de laquelle on ne se rappelle pas avoir observé de myoclonies ni de diplopie, elle eut pendant quelques jours une excitation psychique et motrice assez marquée. Alors que jusqu'à ce jour son caractère avait été facile, elle devint grincheuse, se vexait facilement et même semblait volontiers agressive pour ses camarades et pour les animaux. En outre, elle éprouvait un besoin irrésistible de partir, de faire le tour du village à un pas très rapide. Cette période a pris fin avec l'installation des troubles moteurs qui sont survenus par la suite et pour lesquels la malade est hospitalisée. Au point de vue sexuel, on n'a rien remarqué d'anormal.

A l'examen, on constate l'aspect figé de la malade qui ne présente pas de tremblements, mais par contre une grande hypertonie qui l'empêche de marcher et même de se tenir debout, les jambes se dérochant sous elle ; grande lenteur dans tous les mouvements ; les réflexes achilléens et rotuliens existent et sont normaux. On ne trouve pas de signe de Babinski; pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïde du pied. Lorsqu'on recherche le signe de la roue dentée au poignet, on sent qu'il est beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite. Pas de troubles de la sensibilité, ni d'œdème. La salivation est abondante : sialorrhée. Ce qui est frappant dans l'aspect général de cette malade, c'est l'opposition entre la flaccidité que l'on observe lorsqu'elle est couchée ou assise et la grande rigidité dans les mouvements passifs. En effet, le tronc tombe, la malade étant assise, dans la direction où son poids l'entraîne et même donne l'impression grossière d'un spasme des fléchisseurs par suite du poids de la tête qui l'entraîne en avant.

Elle nous accueille toujours avec un sourire enfantin et amusé et ne s'effarouche pas du tout. Dès les premiè-

res questions qui ont trait à son état civil, on constate un retard dans les réponses, une difficulté assez grande à s'exprimer en même temps, qu'on sent les efforts qu'on demande à l'enfant pour articuler. Nous avons donc de la bradypsychie; la parole est lente, monotone, mais fait place par moments à un bredouillement incompréhensible. Ce phénomène semble dû à la difficulté qu'a la malade à articuler et, pour ne point se fatiguer, elle parle entre ses dents.

La mémoire est bonne et bien conservée. L'instruction est normale pour une enfant de son âge. Les réponses sur la table de multiplication, l'histoire, la géographie sont justes, mais se font attendre à cause de la bradypsychie. L'écriture est enfantine et bien formée; pas de micrographie, l'affectivité est intacte; elle parle de son père et de sa mère qu'elle désire revoir le plus tôt possible. Quand on lui demande ce qu'elle a, elle fait correctement l'histoire de sa maladie. Elle ajoute qu'elle ne peut pas se tenir debout parce que sa tête l'emporte en avant ou en arrière. Depuis qu'elle est à l'hôpital, elle ne se lève pas; chez elle, il n'en était pas de même car son frère l'aidait à s'habiller, la mettait dans un fauteuil ou la portait.

L'enfant nous confie qu'elle est triste, très triste de se voir ainsi malade. Elle ajoute qu'elle pense souvent à se tuer parce qu'elle en a assez de se voir toujours malade et elle éclate en sanglots. Mais comme un tout petit, on l'a vite suggestionnée par des paroles d'espoir et, quelques instants après, elle a retrouvé son sourire enfantin et naïf. Elle se plaint également d'avoir toujours un mauvais goût dans la bouche; elle le caractérise par la saveur salée et quand on lui demande si ce n'est pas de la salive, d'un geste enfantin, elle sort sa langue en en faisant mousser quelques bulles. Elle nie se mettre facilement en colère, mais avoue qu'il faut qu'on la serve tout de suite, sinon elle pleure, sans savoir pourquoi du reste.

Nous questionnons la sœur qui nous dit, comme tout l'entourage, et comme nous l'avions nous même constaté, qu'elle est très puérile. On a l'impression nette que son état mental est resté celui d'une fillette de 12 ans. La sœur insiste sur de gros troubles du caractère. C'est une enfant, mais une enfant insupportable à laquelle il faut obéir, sinon ce sont des crises de larmes, des colères subites avec de grands cris qui fatiguent l'entourage et font même venir les malades des autres salles. Les colères sont fréquentes; on a pu fréquemment en compter jusqu'à dix dans la même journée; au cours de l'une d'elles, elle a giflé trois femmes de service de la salle qui s'approchaient pour lui demander ce qu'elle voulait. Elle est très exigeante, notamment lorsqu'on la fait manger. On a du même envisager la question de lui faire quitter le service à cause de ces scènes. Il n'y a pas de perversions sexuelles signalées; les autres perversions morales n'ont pu être constatées, puisque la malade ne quitte jamais le lit. Pas de troubles du sommeil.

En résumé, la maladie présente un certain degré de puérilisme sans gros déficit intellectuel, d'importants troubles du caractère, de fréquentes colères accompagnées de réactions violentes verbales et même parfois motrices : insultes, cris, violences vis-à-vis de l'entourage, pleurs si ses désirs ne sont pas immédiatement satisfaits.

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROUQUIER

Syndrome d'arriération mentale avec troubles du caractère et perversions sexuelles chez un enfant atteint d'encéphalite épidémique, et présentant, d'autre part, un syndrome parkinsonien.

J. X..., 16 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels. Enfance tout à fait normale. Paraissait, à 10 ans,

d'un niveau intellectuel au moins égal à celui de la moyenne des enfants de son âge. Se montrait écolier docile et appliqué. Apprenait sans difficultés.

En 1919 (10 ans), signes de chorée aiguë, avec secousses myocloniques, sans localisations articulaires, ni cardiaques, température peu élevée, mais onirisme nocturne : délire, hallucinations terrifiantes pendant quelques jours. Le diagnostic étiologique n'a pas été fait. Il est néanmoins certain qu'il ne s'agissait pas de chorée de Sydenham et que l'origine du syndrome excito-moteur et mental, doit être rattaché à l'encéphalite épidémique.

Les signes aigus rétrocédèrent rapidement; mais les parents s'aperçurent que le caractère de l'enfant se modifiait. Il semblait, en classe, éprouver une grande difficulté à fixer son attention, n'enregistrait plus de souvenirs ou de connaissances. On fut obligé de lui faire interrompre ses études. En septembre 1925, l'enfant présente des signes indiscutables du syndrome parkinsonien post-encéphalitique : attitude soudée, en flexion, la tête en avant, les coudes au corps, l'avant-bras légèrement fléchi sur le bras. Mimique inexpressive. Bradykinésie légère, n'empêchant pas le malade de s'habiller lui-même, mais l'obligeant à le faire avec lenteur. Mouvements automatiques et associés très diminués. Signe de la roue dentée positif au bras droit. Signes discrets d'irritation pyramidale du membre inférieur droit : clonus du pied, réflexe cutané plantaire en extension. Signe d'Oppenheim positif.

Au point de vue psychiatrique, l'enfant se présente bien comme un débile mental, ce qu'il n'était pas avant l'atteinte initiale d'encéphalite. Son psychisme est celui d'un enfant de 10 ans, qui, au point de vue sexuel, aurait atteint l'âge de la puberté et pris l'habitude de se masturber plusieurs fois par jour. Il est extrêmement timide, voire même craintif. Il pleure et sourit sans raison, d'un sourire à la fois niais et béat, comme en ont les parkin-

soniens. Il suffit qu'on lui demande de se déshabiller pour qu'il se mette à pleurer. Mais il est facile de lui inspirer confiance et on calme son anxiété. Son instruction est nulle. L'ensemble de ses connaissances est inférieur à celui d'un enfant de dix ans. Il ignore à peu près la table de multiplication, l'histoire, la géographie. Il ne s'agit donc pas, chez lui, d'engourdissement ou de lenteur des processus psychiques, de « bradyphrénie » parkinsonienne, mais d'un véritable arrêt du développement intellectuel. Il ne faut pas, d'ailleurs, lui demander de fixer son attention, il en est incapable et ne peut lire, sans fatigue, une page d'imprimerie. Donc, amnésie et aprosexie. Son jugement et son raisonnement ne sont même pas ceux d'un enfant de dix ans et il en a seize. Il présente donc bien le tableau d'une débilité mentale acquise. Ce n'est pas, d'autre part, un hébéphrénique, il s'oriente bien, n'est pas indifférent, sait ce qu'il veut et ne présente aucune idée délirante.

Il a été au début de son encéphalite, turbulent et agité. Il ne l'est plus actuellement. Quand on le contrarie, il pleure comme un très jeune enfant. Il aime bien fumer quelques cigarettes et si on parle de les lui supprimer, il se met à pleurer. Mais il a l'habitude de se masturber, quand il est seul ou dans son lit et toutes les objurations de ses parents n'ont pu l'empêcher de le faire.

Sa verge et son prépuce présentent un développement excessif pour son âge et pour sa taille; le gland est déformé en battant de cloche. Il suffit de jeter un regard sur ses organes génitaux pour se rendre compte que cet enfant, fils d'intellectuel et qui a reçu une bonne éducation, a pris l'habitude de se masturber régulièrement. Il n'a jamais eu de rapports sexuels avec une femme.

Cette observation présente un double intérêt. Elle met en évidence, une fois de plus, les troubles de l'humeur et du caractère et les perversions sexuelles si fréquentes chez l'enfant après l'encéphalite. Mais, d'autre part, notre

sujet, sans hérédité psychopathique ni d'aucune espèce, et tout à fait normal au point de vue intellectuel jusqu'à l'âge de dix ans, se présente actuellement comme un gros débile mental, puéril, timide, sans instruction et absolument incapable d'en acquérir. La maladie évolue progressivement chez lui depuis six ans; et les signes du parkinsonisme semblent s'accroître. Elle a donc touché son cerveau en pleine période de développement et de croissance, et ce ne sont plus les simples modifications du caractère et les perversions sexuelles que présente notre sujet. L'arriération mentale, le puérilisme régressif, pour employer un néologisme explicite sont, chez lui, très accentués et certainement la conséquence de l'encéphalite. Cette dernière a agi comme les autres causes infectieuses ou toxiques, susceptibles de produire la débilité mentale constitutionnelle.

OBSERVATION XIII (Inédit)

Recueillie à l'Asile de Marseille

Service de M. ALAIZE

*Troubles du caractère, perversions morales et sexuelles
chez un enfant parkinsonien post-encéphalitique qui
est, d'autre part, un dégénéré.*

F... Lucien, âgé de 12 ans, est interné une première fois en août 1923, avec le certificat « diminution très marquée du sens moral, indiscipliné, instabilité mentale, tendance à la cruauté. Son instruction est peu développée, au-dessous de la moyenne des enfants de cet âge. C'est en somme un pervers associable, pouvant devenir dangereux; présente un mouvement brusque du bras gauche et une diminution de l'acuité visuelle ». A l'entrée, on note une taille normale, de l'irrégularité des dents, une voûte ogivale. Il ment et vient à l'Asile à la suite du vol d'un melon. Il était porteur d'un revolver volé à un gendarme

par un de ses camarades. Il va à l'école pour « écouter », car il ne peut pas lire. Au point de vue antécédents, sa mère a des crises nerveuses; son père a été tué à la guerre. Le jeune malade, en quelques heures, a cassé des vitres, déchiré ses vêtements, secoué violemment des portes. Le certificat de 24 heures du Docteur Alaize est ainsi conçu : est un dégénéré vicieux, menteur, voleur, paresseux; stigmates physiques de dégénérescence. Les jours suivants, il commet diverses violences et se montre comme possédant une intelligence assez développée. Réaction de Wassermann négative. Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : est un dégénéré vicieux et pervers, porteur d'hémichorée gauche. Ses mouvements choréiques intéressent les membres supérieur et inférieur gauche.

Le 18 octobre, il est descendu dans la cour. Immédiatement, il va taquiner un nègre et lui crache au visage; hétéro-accusations diverses. Le 19 octobre, il accuse de violences à son égard la veille un infirmier qui était de congé ce jour-là; mis en présence de cette contradiction, il avoue avoir menti. En décembre, traitement bromuré (sédobrol) qui le calme un peu. Indiscipliné, grossier; hétéro-accusations sans arrêt. Continuellement, on fait des rapports à son sujet. Il bat les autres malades, les taquine, leur crache à la figure, leur jette de la terre au visage. Même attitude vis-à-vis du personnel, contre lequel il excite sa famille par ses mensonges. Au mois de septembre, il est surpris pratiquant le coït buccal avec un autre malade; attouchements sexuels sur deux autres. Surveillé, huit jours après, il est surpris masturbant un jeune dément précoce. Il pratique continuellement le coït buccal ou la pédérastie active. A plusieurs reprises, il vole les autres malades. Bénéficiant d'une permission en juillet 1925, il ne rentre pas.

Deuxième internement en janvier 1926; vient de la prison. Il a été arrêté à son dire pour un vol de lunettes dorées à un étalage. Il est d'une ignorance profonde, il

déclare que le maire de Marseille est le Président de la République; à 15 ans est incapable de citer 4 grandes villes de France, dit que les Français ont perdu la guerre. Hémichorée du membre supérieur droit persistante. Strabisme des 2 yeux; plafonne par moments. Si on compare les acquisitions scolaires à celles d'août 1923, on trouve du déficit. En interrogeant soigneusement la famille, on trouve la présence, en 1918, de plusieurs gripes. Le certificat de 24 heures du Docteur Alaïze est ainsi conçu : Est atteint de chorée, perversions du type post-encéphalitique, débilité mentale et morale.

Quelques jours après, il est surpris se faisant faire des caresses buccales sur la verge par un malade; interrompu, il brise une vitre.

Le surlendemain, il agace ses voisins ; d'où batailles et écorchures diverses sur le visage.

Il est de nouveau vu embrassant d'autres malades. Insomnie, on lui donne par jour trois tablettes de sédobrol qui le font un peu reposer. Dans le courant du mois de janvier, il se bat fréquemment, d'où envoies et retours à la division des agités.

En mars, certificat de situation du Docteur Alaïze, demandé, sur plainte de la mère, par la Préfecture : Atteint de chorée avec perversions du type post-encéphalitique : luttas, mensonges, plaintes, attouchements sexuels ; séjourne la nuit en cellule ; le contact en dortoir avec les autres malades est impossible, car il se livre au coït buccal avec des aliénés dangereux; en cellule, a les couvertures et la literie réduites pour éviter le cordage des draps. En mai, il est surpris cherchant à baisser les pantalons d'un jeune malade. En juin, on l'aperçoit alors qu'il s'apprêtait à faire un acte de pédérastie active sur un autre; il s'agite. On lui donne de l'allonal, à raison de deux comprimés le soir, qui le font un peu reposer la nuit. Quelques jours après, il allume un journal dans le dos d'un voisin. La semaine suivante, il est surpris en

train de pratiquer le coït buccal sur M. Avec le même, on le trouve dix jours après en train de pédéraster activement et en même temps de le masturber. On l'isole.

En août 1926, au point de vue neurologique, on trouve un faciès légèrement figé, les mouvements choréiformes ont à peu près disparu. Les réflexes sont vifs. Signe du poignet figé à gauche; membre supérieur gauche plus raide que les autres membres. Il marche la tête un peu raidie, le corps droit et raidi; le membre supérieur gauche a perdu presque complètement ses mouvements automatiques et associés. Salivation abondante. En novembre 1926, des mouvements choréiformes apparaissent au membre supérieur droit, tandis que le faciès se fige davantage. Les mouvements automatiques et associés ont disparu du côté gauche. Le malade est aussi pervers; il taquine les autres, surtout ceux qui ne peuvent se défendre; hétéro-accusations diverses, entraînant des plaintes de la famille qui ne se rend pas compte de son état. Quelques préoccupations hypocondriaques: son estomac, son intestin, ses poumons ne vont pas bien, alors qu'il n'y a rien de particulier à signaler. Insomnie contre laquelle on lutte avec du sédobrol et de l'allonal et avec succès. On est obligé de le faire coucher seul pour éviter des incidents divers. En septembre 1927, grande bataille avec un autre malade qui lui a pris « sa femme ». Au point de vue neurologique, les troubles sont très améliorés.

OBSERVATION XIV (*Inédite*)

Recueillie à l'Asile de Marseille,
Services de MM. WAHL et ALAIZE.

Troubles du caractère, puérilisme, défaut d'initiative, instabilité, incapacité au travail, pas d'affaiblissement intellectuel, altération des sentiments affectifs, perversions sexuelles, insomnie chez un jeune parkinsonien qui a toujours été un débile mental.

C..., âgé de 21 ans, entre en mai 1924 à l'Asile Saint-Pierre, avec le certificat suivant du médecin traitant : « Est atteint depuis quatre années de troubles nerveux de forme parkinsonienne et de troubles mentaux caractérisés par de la mélancolie, la cessation de tout travail depuis 2 ans, de l'excitation génitale, des excentricités telles que de rester toute la journée au lit et de ne prendre ses repas que la nuit; depuis quelque temps présente des crises d'agitation plus graves, au cours desquelles il a menacé son entourage, mordu et blessé un de ses parents.

Les antécédents héréditaires sont normaux; deux sœurs vivantes et bien portantes; deux sœurs mortes, l'une de la grippe, et l'autre au cours d'un accouchement. Lui-même s'est toujours bien porté et n'a eu d'autre affection que des convulsions dans l'enfance. Quoi qu'il ait toujours été peu intelligent et travailleur, il a obtenu son certificat d'études. A 15 ans, il est entré dans une fabrique de plâtre, où il faisait un petit travail : il aidait l'ouvrier chargé de faire les essais des matériaux fabriqués. En 1918, il fut atteint d'une affection qualifiée de grippe, suivie de deux rechutes, avec hypersomnie. Quand il revint à l'usine, il passa une assez longue période au cours de laquelle il s'endormait pendant son travail. En 1921-1922, il commença à sentir des difficultés pour se remuer, de la lenteur dans les mouvements. La nuit, il ne dormait pas et chantait; le jour, il restait sans rien faire, pleurant fréquemment. A plusieurs reprises, il mordit et frappa sa mère et sa grand'mère; pour ces motifs, on l'interna.

A l'entrée, il se montre puéril et déclare « qu'il est chimiste ». Le certificat de 24 heures du Docteur Alaize porte : « Est un débile intellectuel avec stigmates physiques de dégénérescence, porteur de signes de la série parkinsonienne, bouffissure des tissus à type myxœdémateux; réactions impulsives au domicile ».

Nous l'examinons en août 1926; au point de vue neurologique, il présente les signes suivants : attitude soudée, hypertonie généralisée, rigidité parkinsonienne en flexion, prédominant du côté gauche ; signe de la roue dentée au niveau du bras gauche, signe du poignet figé du même côté. Les réflexes tendineux et ostéo-périostés sont vifs, surtout à gauche. Pas de signes pyramidaux : cutané-plantaire en flexion, signe d'Oppenheim sans réponse. La marche est soudée avec perte des mouvements automatiques et associés; il se sert de son membre inférieur gauche, comme s'il était un hémiplégique avec contracture.

A l'examen mental, on constate tout d'abord qu'il est assez bien orienté dans le temps et dans l'espace. Sa mémoire reste bonne. En le harcelant de questions, on obtient des réponses lentes, mais qu'il doit longtemps chercher : bradypsychie assez marquée. Il nous raconte bien ce que fut sa vie jusqu'à l'internement. Ses connaissances sont assez étendues en histoire, en géographie; cependant, on doit remarquer qu'il répond comme un perroquet, sans trop chercher à réfléchir; le calcul mental est bon. Les réactions sont nombreuses, impulsives, très violentes; il cherche fréquemment querelle à ses camarades. Par moments, il travaille un peu, mais sans initiative; on doit tout lui expliquer jusque dans les moindres détails. Il ne s'occupe et ne s'inquiète jamais de sa famille; on se rend même compte que cette question ne l'intéresse pas. Au point de vue sexuel, il présente des troubles très marqués; dès qu'il est couché, il se livre à la masturbation; de plus, on l'a fréquemment surpris se livrant au coït buccal avec un de ses camarades. Poussant plus loin l'interrogatoire, on finit par lui faire avouer que, s'il a parfois eu des rapports sexuels avec une femme, il n'y a jamais éprouvé de satisfaction et que seule la masturbation lui permettait d'arriver au bout de l'acte. Il est atteint d'une insomnie presque constante; nous l'avons

traitée par notre thérapeutique habituelle et soit par le somnifène, soit par l'allonal, nous avons obtenu d'excellents résultats. A signaler qu'au mois d'octobre 1926, il a présenté un épisode confusionnel avec stupeur. Il se tenait debout dans la cour, appuyé contre un mur, sans bouger, sans manger, se souillant avec ses matières et son urine. Il ne répondait pas aux questions et montrait de plus une ébauche assez marquée de conservation des attitudes provoquées; c'est ainsi qu'il restait plusieurs minutes le bras horizontal. Ces phénomènes se produisent assez régulièrement, en moyenne une fois par mois.

CHAPITRE IV

Les troubles mentaux chroniques chez les Parkinsoniens

Nous laisserons systématiquement de côté dans ce chapitre tous les troubles étudiés antérieurement (chapitre II). Ils sont presque constants comme la *brady-psychie* ou la bradyphrénie, les phénomènes intéressant la *mémoire*, l'*attention*, le *jugement*, l'*affectivité* et constituent pour le malade une nouvelle « *façon d'être* ».

De même, nous ne reviendrons pas sur les troubles mentaux aigus. Nous avons vu, qu'en ce qui concerne les délires, il n'y a pas de délire évoluant vers la systématisation. Ils sont polymorphes, passagers, curables, mais susceptibles, cependant, dans un certain nombre de cas, d'entraîner le suicide, tel le type mélancolique avec anxiété. L'encéphalite ne crée pas non plus de psychose hallucinatoire chronique, ni de délire d'interprétation.

En revanche, dans un certain nombre de cas, *rarement il est vrai, on observe un déficit intellectuel* pouvant aboutir à une *véritable démence*. Il y a déjà longtemps, de nombreux auteurs ont été frappés par les rapports apparents qui semblent exister, entre la démence précoce type Morel ou hétérophrénocatatonique de Kraepelin et l'affaiblissement intellectuel chez les parkinsoniens. Cependant, malgré le nombre important des travaux qui ont été consacrés à cette question, nous ne croyons pas que cette relation puisse être considérée comme établie, à la période chronique de l'affection.

La critique détaillée des observations que nous apportons, va nous fournir des arguments destinés à étayer ce point de vue. Il existe, d'une façon assez rare, chez les parkinsoniens post-encéphalitiques à une *période avancée de l'évolution de la maladie*, un *gros déficit intellectuel acquis*, intéressant toutes les modalités de l'activité psychique; mais ce déficit n'a pas *les mêmes caractères, ni la même évolution que la démence précoce ou que la schizophrénie*. D'autre part, la catatonie telle qu'elle a été décrite par KAHLBAUM, ne semble pas, le moins du monde, relever de la même origine que la rigidité parkinsonienne, et ne présente pas les mêmes caractères.

L'affaiblissement intellectuel peut se rencontrer chez les parkinsoniens jeunes, comme chez les adultes. Il ne s'observe guère que dans les formes *accompagnées*

de troubles moteurs graves : rigidité, hypertonie, bradykinésie accentuée et dont l'évolution remonte déjà à plusieurs années. Au fond, si l'on se place au point de vue uniquement psychologique, il n'est pas autre chose que l'accentuation de la bradyphrénie, c'est-à-dire de l'engourdissement des facultés intellectuelles que l'on rencontre dans l'immense majorité des cas de Maladie de Parkinson post-encéphalitique et souvent dès le début de l'affection. Il est vraisemblablement conditionné par des lésions à la fois corticales et mésencéphaliques; on sait que les unes et les autres sont extrêmement fréquentes chez les malades et d'après certains auteurs (DONNAGIO DE MODÈNE, (1), les premières le seraient beaucoup plus les secondes.

Cet affaiblissement intellectuel peut être qualifié de démence, puisqu'il aboutit à la destruction irrémédiable de toutes les modalités de l'activité psychique. Il existe une véritable DEMENCE PARKINSONIENNE dont nous allons essayer de préciser le caractère.

Le malade, dont la *mémoire* a été progressivement atteinte, a présenté tout d'abord, comme il est de règle au cours des états qui atteignent cette faculté, de l'amnésie de fixation, puis de l'amnésie d'évocation et de l'amnésie rétrograde. Les souvenirs les plus anciens, les plus fortement organisés, ont persisté longtemps, alors que le malade n'enregistrait plus qu'avec peine des souvenirs récents. Puis, les uns comme les autres, finissent dans les formes les plus graves, par s'estomper et par

(1) DONNAGIO DE MODÈNE. Congrès de Aliénistes et Neurologistes de Lausanne, 1926, page 339.

disparaître peu à peu. L'association des idées, fonction secondaire de la mémoire, puisqu'elle nécessite pour s'effectuer des souvenirs, est atteinte simultanément et d'une façon parallèle.

Le *jugement*, le *raisonnement*, les *sens de la discrimination*, le *sens auto-critique* sont, d'une façon habituelle, touchés en même temps que la mémoire d'évocation des souvenirs.

Le sujet qui avait simplement présenté jusque-là, de l'*indifférence*, de l'inconscience très fréquente chez les parkinsoniens vis-à-vis de leur état morbide, ne se rend plus compte exactement de ce qui se passe autour de lui, se désintéresse totalement de son sort et de celui des siens, n'a plus aucune conversation logique ou suivie. Il finit par *ne plus pouvoir s'orienter* dans le temps et dans l'espace; il demeure inerte ou indifférent, incapable de se diriger, de s'alimenter spontanément, même si les troubles moteurs ne sont pas suffisamment accentués pour l'empêcher de le faire. Les sentiments affectifs et moraux disparaissent eux aussi, peu à peu. Le sujet inerte, passif est absolument incapable d'effectuer le moindre travail, de s'intéresser à quoi que ce soit. On constate même de l'incontinence des urines, et plus rarement celle des matières.

Les malades de nos trois observations, les seules que nous ayons pu recueillir, ont des âges différents : 21, 29, 49 ans. Ils présentent un certain nombre de points communs qui sont la preuve de ce que nous venons

d'affirmer. Tous les trois sont passifs, inertes, surtout les deux hommes qui vivent confinés au lit, sans aucune occupation; la jeune femme sort de son état la nuit, cependant, mais pour présenter uniquement des réactions de vol, comme l'encéphalite en crée. Très touchés, au point de vue physique, jamais aucun d'eux n'a demandé la nature de son affection, ni l'évolution, ni le pronostic.

La perte de la mémoire est complète, aussi bien en ce qui concerne les souvenirs récents, de la veille, du jour même, que les faits saillants de leur vie; l'oubli des connaissances est complet. Éliminant celui de nos malades adultes, qui n'a jamais été capable, avant le début de son affection, d'acquérir la moindre connaissance, nous trouvons une jeune femme qui, ayant obtenu le certificat d'études, ne peut plus répondre à une question d'histoire, de géographie ou même d'arithmétique la plus élémentaire. Tant qu'au jeune homme, nous avons assisté, peu à peu, à la perte progressive et totale de ses souvenirs. Il est inutile d'essayer de causer avec lui, c'est impossible.

La désorientation dans le temps et dans l'espace est complète. Par exemple, l'homme (Obs. XV) croit qu'il y a seulement six mois qu'il est à l'asile, au lieu de quatorze mois et indique deux ans de moins que son âge réel. Ils s'imaginent être dans un hôpital quelconque et ne trouvent en rien anormal le milieu dans lequel ils vivent. Ceci dénote une certaine diminution du jugement et du sens auto-critique qui se montre encore plus importante quand on les interroge sur leur vie; elle leur semble toute naturelle ainsi que leur état

physique. Bien plus, l'homme de l'observation XV veut retourner chez lui, alors qu'il n'a aucun domicile et serait incapable de se diriger lui-même. Si on lui ouvrait la porte et s'il pouvait marcher, ce qui est presque impossible, il partirait à l'aventure comme un enfant et se perdrait; on le trouverait au bout de quelques heures, errant et désorienté dans les rues. Leurs désirs, leurs espoirs sont nuls; cette vie végétative leur convient et leurs seuls demandes, bien rares, se rapportent à des questions de nourriture.

Leurs familles ne les intéressent plus; l'homme ne se préoccupe pas de ses frères; la jeune femme, qui se souvient d'avoir eu des enfants, est complètement indifférente à leur égard. Quant au jeune homme, rien ne subsiste plus de son intelligence; tout a disparu. On peut ajouter, pour compléter ces tableaux nets de démence, que les deux hommes se souillent continuellement, le plus âgé présentant de l'incontinence des urines et le plus jeune, parce qu'il ne sait plus probablement qu'on doit aller à la selle ailleurs que sur son lit.

Quoi qu'on ait pu en penser, ces *états démentiels d'origine parkinsonienne* ne ressemblent pas absolument à ceux qu'on observe à la *période d'état de la démence précoce* des jeunes sujets telle qu'elle a été décrite par MOREL et par KRAEPELIN sous le nom de forme hébéphréno-catatonique. Le *déficit intellectuel* est un caractère commun; mais autant qu'il est possi-

ble d'opposer l'un à l'autre des déficits intellectuels d'origine différente, pouvant aller cependant jusqu'à la destruction totale de toutes les modalités de l'activité psychique, on peut dire qu'ils n'ont pas absolument les mêmes caractères. Le *dément précoce* est beaucoup *plus indifférent*, et d'une façon plus absolue, si l'on peut s'exprimer ainsi, que le dément parkinsonien. Une de nos malades (Obs. XVII), en état de démence, se levait la nuit et allait dérober à ses compagnes des aliments ou des friandises. Elle savait trouver parmi les objets qu'il lui était possible de dérober, ceux qui avaient une valeur alimentaire et qui lui convenaient. Ce ne sont pas là, on le reconnaîtra sans peine, gestes et attitudes de dément précoce.

Chez *aucun* de nos sujets, même en état de démence totale, nous n'avons eu l'occasion de rencontrer les *stéréotypies*, le *maniérisme*, le *négativisme* qui sont des symptômes si fréquents au cours de l'hébéphrénie. Même lorsque l'inertie et la passivité du dément parkinsonien aboutissent au gâtisme, comme c'est le cas chez notre malade de l'observation XVI, on n'observe pas la résistance, la persistance dans l'attitude provoquée qu'on rencontre d'une façon habituelle chez les déments précoces.

La *tendance à la conservation des attitudes provoquées*, ou la catatonie vraie telle qu'elle a été décrite par KAHLBAUM, n'ont, semble-t-il, avec la rigidité parkinsonienne, la bradykinésie, et les altérations des réflexes toniques de posture qui l'accompagnent habituellement, absolument aucun rapport. Il était évidemment, à priori, logique d'essayer d'en établir un, entre

les deux types de phénomènes; mais l'analyse attentive a montré qu'ils étaient d'un ordre tout à fait différent. Etudiant à l'aide de tracés myographiques chez les déments précoces catatoniques le réflexe tonique de posture du jambier antérieur, M. DELMAS-MARSALET a récemment montré qu'il était tout à fait différent de celui qu'on observe chez les parkinsoniens. Il semble que l'attitude catatonique soit due, chez les déments précoces hébéphréniques à un maintien volontaire des attitudes. Cette influence de la volonté, ou du psychisme du sujet n'intervient nullement dans la genèse du réflexe tonique de posture du parkinsonien. MM. CLAUDE, BARUK et THÉVENARD, tout en reconnaissant que les réflexes de posture locale sont fréquemment exagérés, mais d'une façon très variable chez les déments précoces catatoniques, font remarquer que, en revanche, les réflexes d'attitude (phénomènes de la poussée) sont normaux chez eux, alors qu'ils sont modifiés chez les parkinsoniens. Ces deux derniers caractères leur paraissent constituer d'importantes différences entre le compartiment musculaire des catatoniques et celui des parkinsoniens.

Enfin, nous n'avons jamais observé chez nos parkinsoniens en état de démence, aucune tendance à la conservation des attitudes provoquées, ni la moindre ébauche de catatonie, malgré l'existence d'une rigidité accentuée, avec parfois exagération nette des divers réflexes posturaux.

Ce sont là, on voudra bien le reconnaître, des *différences d'ordre neurologique* d'une importance capi-

tale, qui permettent d'opposer l'une à l'autre une rigidité extra-pyramidale accompagnée de déficit intellectuel allant jusqu'à la démence, d'une part, et, d'autre part, un état démentiel primitif susceptible, son origine organique étant incontestable, d'évoluer en même temps que des modifications des réflexes et des troubles du tonus musculaire ou des attitudes de type catatonique. Les caractères respectifs du déficit intellectuel, basés sur des nuances, ont une importance moins considérable. Il n'en reste pas moins qu'une analyse psychiatrique attentive permet à un observateur avisé de se rendre compte qu'au cours de la *démence parkinsonienne*, *l'indifférence*, *l'inactivité*, sont beaucoup moins accentuées que chez les *déments précoces hébéphréno-catatoniques*. La destruction de la personnalité consciente et des modalités de l'activité psychique paraît moins absolue, moins totale, chez les premiers malades que chez les seconds. Il s'agit là incontestablement de simples nuances; mais la clinique, en particulier la clinique psychiatrique, n'est-elle pas faite de nuances ?

OBSERVATION XV (*Inédite*)

Recueillie à l'Asile de Bron,
Service de M. le Docteur DODERO.

Déficit intellectuel chez un parkinsonien type sénile, relativement jeune (49 ans). Désorientation totale dans le temps et dans l'espace; amnésie de fixation et d'évocation. Troubles marqués du jugement et du raisonnement : puérilisme, inertie, passivité; perte des sentiments affectifs et moraux. Réactions coléreuses illogiques par intervalles. Pas de manifesta-

tions délirantes, ni d'hallucinations. En somme, état démentiel remontant à plusieurs années et incontestablement en relation avec la maladie de Parkinson, chez un sujet qui a toujours été un anormal psychiatrique, sans doute débile déséquilibré, impulsif et instable (vagabond).

M. Georges, âgé de 47 ans, est entré dans le service le 21 décembre 1925, venant de la maison de retraite d'Albigny. Nous l'examinons en mars 1927. Les antécédents héréditaires sont inconnus; 2 frères et 1 sœur bien portants. Il semble avoir toujours été un vagabond, sans domicile, ni profession fixes. Le malade a fait la guerre sans blessure, ni maladie; l'entourage ne signale pas d'alcoolisme. En 1919, il a eu une grippe à forme respiratoire, dit-on; mais il est impossible d'en reconstituer les caractères. En 1922, il est hospitalisé à l'Antiquaille pour un tremblement qualifié d'alcoolique et il ne marche que difficilement. En 1924, il entre à la maison de retraite d'Albigny, d'où il est envoyé avec un certificat d'internement portant : Est atteint d'un tremblement généralisé, prend des crises de manie aiguë avec accès d'agitation. Le premier certificat de l'Asile du Docteur Dodero est ainsi conçu : Présente de l'affaiblissement intellectuel et des accès d'agitation. Puis, on note de nouveau de l'affaiblissement intellectuel; le malade, atteint de maladie de Parkinson, est insensible, indifférent. En résumé, il n'a eu que quelques petits troubles mentaux qui ont motivé son internement.

A l'examen neurologique, hypertonie généralisée. Les réflexes médio-plantaires, achilléens, rotuliens sont normaux, mais semblent bridés par l'hypertonie; Babinski en flexion, Oppenheim sans réponse; pas de réflexes de défense. Pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïde du pied. Le réflexe crémastérien est normal. Aux membres supérieurs, tremblement de repos à grandes

oscillations, plus marqué à droite, disparaissant pendant l'action. L'hypertonie est plus marquée à droite; du même côté, signe du poignet figé. Les réflexes bicipitaux, olécraniens et stylo-radiaux sont normaux. Faciès figé; les pupilles sont égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Dans la marche, le corps est penché en avant, les membres supérieurs sont collés au corps; tremblement plus marqué à droite; disparition des mouvements automatiques et associés.

A l'interrogatoire, les réponses sont difficiles à obtenir à cause de la bradypsychie et d'une dysarthrie plus marquée certains jours que d'autres. Le malade connaît son âge à deux ans près : 47 ans, et son lieu de naissance; il ne se souvient plus de la date. Il ne sait pas où il est, quelle année courante. A l'Asile, depuis 14 mois, il croit qu'il n'y a que six mois. La mémoire d'évocation a complètement disparu. Il sait qu'il a fait la guerre; il a été au front, mais est incapable de citer aucun lieu, aucune bataille, il ignore même le numéro de son régiment. Il ne sait plus où il a fait son service. Si on pousse un peu plus l'interrogatoire, il se fâche. Il ne veut qu'une chose : manger des pommes de terre. Si on lui demande ce qu'il a mangé la veille, ne s'en souvenant plus, il répond au hasard. Par instants, il manifeste le désir d'aller dans un autre hôpital; parfois, il change et veut aller chez lui; or, il n'a aucun domicile et déclare qu'il ne peut travailler. Il ne sait ni lire, ni écrire; il est incapable de répondre aux questions les plus élémentaires et même à $2+2$. Si on lui demande à quoi il pense, il répond à manger; c'est, semble-t-il, la seule question qui l'occupe. Il ne sait pas ce que sont devenus ses frères et cela ne l'intéresse pas. L'attention passive semble très diminuée et le malade, la tête sous les couvertures, ne regarde rien. L'attention active doit être continuellement stimulée, fixée par des gestes, mais, rapidement, elle disparaît. Il vit couché, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, ne parle

jamais; il dort ou semble complètement absent. On le fait manger à cause de son tremblement; il n'est pas gâteux. Mais on ne constate chez lui ni maniérisme, ni stéréotypies, ni même le moindre négativisme.

OBSERVATION XVI (*Inédite*)

Recueillie à l'Asile de Marseille,

Service de MM. les Docteurs WAHL et ALAIZE.

Gros déficit intellectuel acquis; inertie, passivité et non pas simple arrêt du développement psychique chez un enfant parkinsonien présentant d'autre part les modifications du caractère habituelles. Débilité mentale constitutionnelle.

Le jeune D... entre une première fois à l'Asile, en décembre 1920; il vient de l'Hôtel-Dieu où il a été soigné par M. le Professeur Roger pour « des séquelles motrices post-encéphalitiques ».

Agé de 15 ans, à la suite d'une encéphalite, qui a duré trois mois et remonte à un an, il a présenté des secousses myocloniques, puis de l'hypertonie du membre supérieur droit et actuellement de la bradypsychie. A l'Asile, il est insupportable et se comporte comme « un agité et un érotique ». Sur demande de la famille, il sort au bout de trois mois.

Il est interné une deuxième fois au mois de mai 1923; il a alors 18 ans. En août 1926, au point de vue neurologique, il présente, tout d'abord, une attitude figée; la marche est soudée, le corps penché en avant; les membres supérieurs collés au corps en flexion; perte des mouvements automatiques et associés. On constate une augmentation du tonus musculaire, plus marquée à gauche qu'à droite. Les réflexes sont exagérés, mais semblent bridés par l'hypertonie

A gauche et à droite, on obtient un réflexe de Babinski en extension, aussi bien sur le bord interne que sur le bord externe du pied. Exagération des réflexes de posture au niveau du jambier antérieur. Le signe du poignet rigé est net des deux côtés, mais surtout à gauche. On trouve le signe de la roue dentée au niveau du biceps gauche. La sensibilité est normale. Pendant six mois, on a constaté des secousses myocloniques au niveau du membre supérieur gauche; sialorrhée abondante.

Au point de vue mental, le malade est désorienté dans le temps et dans l'espace. C'est un débile dégénéré aux dents d'Hutchinson, qui ne sait que très mal lire et écrire. Il semble ne s'occuper et ne se soucier de rien. L'attention est encore cependant bien conservée, car il sort de son indifférence pour saisir et voler tous les objets qui peuvent l'intéresser. Par moments, il s'occupe de ce qui se passe autour de lui pour pouvoir le rapporter aux infirmiers. Quand on lui demande comment il se trouve, il se déclare heureux de sa vie actuelle. Il est complètement indifférent à l'égard de sa famille. Quand nous l'examinons plus tard, en janvier 1927, il est difficile d'obtenir des réponses, car, en plus de la bradypsychie, il présente une certaine dysarthrie d'inhibition exagérée par l'émotion. Comme réactions, il faut signaler que, par moments, il devient querelleur et taquin; il bat alors les autres malades. Parfois, il présente des accès d'agitation du type hypomaniaque; il crie, chante, devient remuant; c'est alors une vraie gêne pour l'entourage; nous l'avons chaque fois calmé en lui faisant prendre du somnifère à la dose de cinquante gouttes par jour.

En avril et encore plus en septembre 1927, il semble cependant qu'au point de vue intellectuel le malade s'affaiblit; les quelques connaissances qu'il avait ont à peu près disparu de sa mémoire. Il devient gâteux, incapable d'aucun mouvement, non à cause des troubles moteurs

habituels chez ces malades, mais de l'inertie et du manque absolu d'activité de toute espèce; il demeure confiné au lit où on le fait manger. Il ne répond point aux questions qu'on lui pose; tout au plus voit-on à certains moments un vague sourire sur ses lèvres et on entend une monosyllabe inintelligible qui est tout ce qu'il demeure capable de dire. Il ne s'intéresse à rien, demeure passif, indifférent. Il est devenu incapable de lire ou d'écrire. Toutes les modalités de l'activité psychique paraissent chez lui détruites depuis déjà plusieurs mois. Le malade peut être considéré comme en état de démence.

OBSERVATION XVII (Inédite)

Recueillie à l'Asile de Marseille,

Service de M. le Docteur ALOMBERT-GOGET.

Légère débilité mentale constitutionnelle. Perversions morales (fille publique). Petite comitalité probable (une crise par an environ), antérieure à l'épisode encéphalitique, qui paraît avoir augmenté la fréquence des crises. Deux internements, l'un en 1916 de deux mois pour un épisode confusionnel consécutif à une infection puerpérale, l'autre en 1917 de onze mois, à la suite d'un infanticide. Syndrome parkinsonien post-encéphalitique typique, grave, dont le début remonte à mars 1923. En 1925, craintes vagues de persécution, sans idées délirantes nettes: on la frappe, cris, pleurs. — Déficit intellectuel acquis et important surajouté, sans maniérisme, stéréotypies ou négativisme; la malade est incapable d'enregistrer des souvenirs et de les évoquer; elle répond à toutes les questions posées: qu'elle ne se souvient pas, est incapable d'effectuer la moindre opération de calcul, par exemple de dire combien font 2 fois 2. Faciès figé. — Insomnie persistante: la nuit, la malade se lève, et fait preuve de qualités de

jugement et de discrimination suffisantes pour aller voler des aliments ou des friandises à d'autres pensionnaires, se coucher dans leur lit. Cette attitude distingue nettement son déficit intellectuel de celui de l'hébéphrénique inerte, passif, sans initiative.

G... Jeanne, jeune femme de 28 ans, fille soumise, entre dans le service du Docteur Alombert-Goget, le 28 mai 1925. Internement par arrêté préfectoral, la malade vient de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler. Les antécédents personnels sont les suivants : fièvre typhoïde à 10 ans. Quatre enfants, tous morts en bas âge, dont l'un de convulsions à 18 jours, un autre a été tué par la mère. La malade a été soignée pour un chancre d'origine inconnue. Premier internement, du 26 janvier au 9 mars 1916. La malade qui vient de la Maternité de l'Hôpital de la Conception, présente un état fébrile et infectieux, dû vraisemblablement à une infection puerpérale. Confusion mentale avec troubles de la mémoire, mobilité des idées et des actes, légère excitation sur fonds de débilité mentale. A sa sortie, la malade va vivre à Toulon. En juin 1917, elle est arrêtée à Marseille pour infanticide. Reconnue irresponsable après expertise médico-légale de M. le Docteur Alombert-Goget, elle est internée le 27 juin 1917 à l'Asile Saint-Pierre. Crises convulsives et débilité mentale. Sortie le 28 février 1918. La malade qui a eu déjà une grippe respiratoire en 1916, en présente plusieurs autres atteintes jusqu'en 1919 et notamment une en 1917 qui nécessite un alitement de 15 jours; ni frissons, ni sueurs, ni vomissements, ni œdèmes, pas de diplopie. En mars 1923, elle commence à traîner la jambe et à avoir des difficultés à faire certains mouvements. De plus, les crises qu'elle a une fois par an environ, depuis l'âge de 18 ans, avec des cépha-

lées et des éblouissements coïncidant avec leur apparition, augmentent de fréquence. Elle les sent venir en général; elle tombe, s'évanouit, reste raide ou fait des mouvements, sort la langue, sans uriner. A leur suite, elle est fatiguée et ne peut reprendre son travail. A la même époque, pendant 3 mois, les règles disparaissent, puis reviennent; pas de fausse couche. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Roger, parce qu'elle a eu une crise dans la rue. Elle y reste deux mois avec le diagnostic : Rigidité parkinsonienne vraisemblablement post-encéphalitique (épisode aigu méconnu), crises comitiales formes. — Traitement par le cacodylate ; deux crises comitiales à dix jours d'intervalle. Elle demeure ensuite à l'Hôtel-Dieu dans divers services jusqu'au 28 mai 1925.

A cette date, elle est internée à l'Asile Saint-Pierre. Elle présente un syndrome parkinsonien net avec bradypsychie; mauvais état général. Quelques jours après, quelque calme, elle répète continuellement qu'on la frappe. Craintes vagues, sans idées nettes, de persécution. Puis, elle se met durant une semaine à crier jour et nuit, à pleurer. Ensuite, elle se calme et ne présente aucune réaction particulière.

Nous avons examiné la malade à diverses reprises au cours des mois de septembre et octobre 1926. A cette époque, l'examen neurologique révèle les symptômes suivants : Attitude soudée, faciès figé, mauvais état général. Aux membres inférieurs, motricité passive normale avec hypertonie nette, plus marquée à droite qu'à gauche. Les mouvements actifs sont lents; elle pose le talon sur le genou opposé avec tremblement du membre. Réflexes rotuliens, achilléens, médio-plantaires vifs. Le réflexe rotulien gauche semble plus vif que le droit. Pas de signe de Babinski à droite. Gros orteil gauche en extension permanente. Pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïde du pied. Pas d'exagération des réflexes de pos-

ture. Sensibilité normale. Marche à petits pas, le corps penché en avant et un peu à droite. Pas de Romberg. Aux membres supérieurs : hypertonie bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche; signe de la roue dentée au poignet, plus net à droite; réflexes normaux; force musculaire un peu diminuée, tremblement dans les petits actes. — Face figée, trémulations de la commissure labiale du côté gauche; commissure labiale droite un peu abaissée; sialorrhée; pupilles égales réagissant bien à la lumière et à l'accomodation. Pas de nystagmus. Au point de vue des examens de laboratoire, le Wasserman est négatif dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien est normal, tension, albumine, cytologie normales; réaction de Wasserman faiblement positive.

La malade se tient toute la journée assise dans un fauteuil, courbée à demi en avant, tête penchée dans la même direction. De ses lèvres, s'écoule continuellement un filet de salive qui tombe sur ses genoux, mouillant sa robe. Les deux bras appuyés sur les accoudoirs du fauteuil, elle ne s'essuie pas le visage et semble regarder dans le vague. Dans la journée, elle appelle parfois une autre malade pour la promener, car elle ne veut pas marcher seule. Si l'autre refuse, elle se fâche, crie, pleure sans présenter, cependant, de réactions violentes. On est obligé de la laver, l'habiller, la déshabiller. A table, il est nécessaire de la faire manger à la cuillère.

A l'interrogatoire, la malade présente un déficit intellectuel important et acquis. Elle nous dit avoir eu le certificat d'études, mais cette réponse est lente et présente des caractères particuliers. G..., en effet, répète toujours la question, qu'ensuite, lentement, elle fait suivre d'une réponse. Dans cette dernière, elle utilise, en général, presque uniquement, les mots de la question posée. Par exemple : Vous avez fait des études ? J'ai fait des études. — Vous avez le certificat d'études ? J'ai le certificat d'études. — Vous avez appris l'histoire ? J'ai

appris l'histoire. — Savez-vous compter? Je ne sais plus compter. — A toute question de détail, elle répond après un instant de réflexion : Je ne me souviens pas! » Elle ne sait plus quelle est la capitale de la France, combien font 2 fois 2. Il n'y a pas de négativisme; la malade fait effort pour répondre, mais elle ne peut plus évoquer ses souvenirs. Aux questions sur le temps, la température, elle répond correctement.

Les sentiments affectifs et moraux ont complètement disparu; la malade nous dit bien qu'elle a eu quatre enfants, mais elle ne s'inquiète nullement de ce qu'ils sont devenus. Si on lui demande à quoi elle pense, elle déclare : « A rien ! » On l'interroge sur ses désirs, ils sont nuls, à moins qu'elle ne désire qu'on la promène. De plus, on sent qu'on la fatigue, car, au bout d'un moment, elle ne répond que de plus en plus difficilement.

La nuit, l'attitude change complètement. La malade ne dort que peu; l'insomnie est très marquée. Dès que l'infirmière quitte la salle, elle se lève et va chercher les provisions des autres malades. Elle vole tout ce qu'elle trouve et le mange. Sachant que d'autres cachent leur petit bien sous le traversin, elle le recherche. Elle présente donc encore certaines qualités de jugement et de discrimination. Elle est bien différente par là de l'hébéphrénique, avec lequel elle n'a de commun que l'affaiblissement intellectuel. Il est passif, inerte, sans initiative; elle, au contraire, choisit le moment et cherche ses petits larcins. A signaler également que, parfois, elle va se coucher avec d'autres malades, d'où l'origine de batailles. On n'a pu obtenir les preuves de la satisfaction qu'elle recherche, mais il est possible qu'elle ait obéi à quelques impulsions érotiques. Nous avons pu lutter contre cette insomnie en donnant à la malade, chaque soir, deux comprimés d'allonal, qui permirent d'obtenir un sommeil régulier, sans aucune accoutumance; même, au bout d'un mois de traitement, la dose d'un comprimé a suffi. Elle meurt le 20 novembre 1926 au cours d'une affection pulmonaire aiguë.

Conclusions

I. — Les troubles mentaux sont extrêmement fréquents au cours de l'évolution des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. La bradypsychie ou ralentissement de tous les processus intellectuels est à peu près constante chez ces malades. Les autres troubles sont aigus ou chroniques.

II. — Les troubles mentaux aigus sont représentés par des délires sans systématisation, polymorphes et variables, le plus souvent de type mélancolique ou hypochondriaque, susceptibles de mener le malade au suicide.

III. — Les troubles chroniques se divisent en troubles du caractère et affaiblissement intellectuel, pouvant aboutir à la démence. Les premiers s'observent surtout chez l'enfant, peuvent s'accompagner de perversions sexuelles et morales surajoutées à l'irritabilité et à l'impulsivité. Comme les manifestations délirantes, ils ne se distinguent en rien de ceux qu'on observe chez les jeunes sujets non parkinsoniens après l'encéphalite.

IV. — Dans un certain nombre de cas, assez rares, il est vrai, on peut observer chez des malades, dont le syndrome évolue depuis plusieurs années, un affaiblissement intellectuel considérable, intéressant toutes les modalités de l'activité psychique et capable d'évoluer vers de véritables états démentiels. Il existe donc une « *Démence Parkinsonienne* », susceptible de se rencontrer chez de jeunes sujets, sans aucune relation avec les démences d'origine vasculaire. Cette démence se distingue à la fois par sa physionomie clinique, au point de vue psychiatrique, et par les signes neurologiques concomitants de la démence précoce, type Morel ou de l'hébéphréno-catatonie de Kraepelin. L'exagération des réflexes de posture, les divers caractères de l'hyper-tonie parkinsonienne, permettent de la différencier d'avec la catatonie de Kahlbaum et les modifications du tonus musculaire ou des attitudes qui l'accompagnent.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LE DOYEN,	JEAN LEPINE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Novembre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

ABADIE et HESNARD. — Etat pseudo-parkinsonien consécutif à une encéphalite léthargique. *Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, décembre 1920.

— Sur une forme psychique pure d'encéphalomyélite léthargique. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, mai 1920.

ABADIE, DE TEYSSIEU et SABUCHELLE. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite léthargique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 15 septembre 1922.

ACHARD. — L'encéphalite léthargique; chez *Baillière*, à Paris, 1921.

AGOSTINI. — Le syndrome psychopathique de l'encéphalite léthargique à type parkinsonoïde. *Annali del Manicomio prov. di Perugia ed Autoriassunti di Psichiat. e Neuropat.*, janv.-déc. 1921.

— Troubles du caractère chez les enfants atteints d'encéphalite épidémique chronique. *Annali dell'ospedale psichiatrico provinciale in Perugia e Autoriassunti Riviste di Psichiatria*.

ANGLADE. — Discours au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française, mai et juin 1925.

ANGLADE et VERGER. — Syndrome d'encéphalomyélite infectieuse à début pseudo-parkinsonien. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 9 janvier 1920.

- ATHANASSIO. — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Soc. de Neurologie*, juin 1921.
- AUBRY. — Forme mentale de l'encéphalite épidémique. *Presse Médicale de l'Est*, 1^{er} janvier 1921.
- BABINSKI. — Syndrome parkinsonien à la suite d'une encéphalite léthargique chez un enfant de 10 ans. *Soc. de Neurologie*, mai 1921.
- BABINSKI et JARKOWSKY. — Etude de la raideur musculaire dans un cas de syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite léthargique; réaction des antagonistes. *Soc. de Neurologie*, 3 juin 1921.
- BASSOE. — Les formes délirantes et méningo-radiculaires dans l'encéphalite épid. *Journal of the American Med. Asso. Chicago*, t. LXXIV, 10 avril 1920.
- BEAUSSART. — Encéphalite léthargique. Note sur les cas traités à l'Asile d'aliénés de la Nièvre. *Annales médico-psychologiques*, mai 1922.
- BEBB. — Memory deterioration in lethargic encephalitis. *J. of nervous and mental disease*, avril 1925.
- BÉRIEL. — Etats parkinsoniens liés à l'encéphalite. *Société de Neurologie*, 3 juin 1921.
- BÉRILLON. — La psychothérapie dans les séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique. *Bulletin de la Soc. de Méd. de Paris*, 25 nov. 1922.
- BERNADOU. — Un cas qui pose le problème des rapports entre les syndromes parkinsoniens et hébéphrénocatatonique. *Soc. Clin. de Médecine mentale*, juillet 1923.
- BEYERMAN. — Observations sur quelques manifestations de l'encéphalite épidémique. *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue française*, mai et juin 1925.
- BLOUQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique. *Thèse de Montpellier*, 1921.
- BOECKEL (Van), BESSEMANS et NELIS. — L'encéphalite léthargique. Ses particularités en Belgique.

- BOLSI. — La sindrome psicopatica dei fanciulli e degli adolescenti de encefalita epidemica. *Rivista di Patologia nervosa et mentale*. Mars-avril 1924.
- BOSC. — Le délire dans l'encéphalite léthargique et les formes délirantes simples. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 7 mai 1920.
- BRANCHE. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique. *Thèse*, Lyon, 1922.
- BREMER. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, Paris, 1920.
- BRIAND. — Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, juillet 1920.
- Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 novembre 1921.
- Syndrome de Parkinson tardif par encéphalite épidémique. *Soc. de Psychiâtrie*, mai 1922.
- Syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite épidémique. *Soc. de Psychiâtrie*, juin 1922.
- BRIAND et BOREL. — Hypomanie consécutive à une encéphalite léthargique chez un enfant de neuf ans. *Soc. Clinique de Médecine mentale*, juin 1920.
- BRIAND et PORCHER. — Séquelle d'encéphalite épidémique chez un enfant de dix ans. *Soc. de Psychiâtrie*, février 1921.
- BRIAND et REBOUL-LACHAUX. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Société Clinique de Médecine mentale*, décembre 1921.
- BRIAND et ROQUIER. — Quelques cas d'encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 février 1920.
- Formes mentales de l'encéphalite épidémique. *Congrès de Strasbourg*, août 1920.

- Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, 1921.

BRISAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses. 22^e leçon : Pathogénie et symptômes de la maladie de Parkinson; 23^e leçon : Nature et pathogénie de la Maladie de Parkinson.

CADE et BRETTE. — Encéphalite fruste avec myoclonie transitoire et troubles psychiques. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 13 avril 1920.

CAHANE. — Troubles mentaux de l'encéphalite léthargique. *Bulletin de la Soc. Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, février 1925.

CAPGRAS et MELLE CULLERRE. — Parkinsonien post-encéphalitique et mélancolie. *Encéphale*, février 1926.

CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles d'encéphalite épidémique. *Soc. Clinique de Médecine mentale*, juillet 1922.

CARETTE. — Deux nouveaux cas d'encéphalite avec perversions instinctives. *Soc. Médico-Psychologique*, mai 1924.

CÉNAC. — Perversions sexuelles et encéphalite épidémique. *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1924.

CHARCOT. — De la paralysie agitante. Cinquième leçon sur les maladies du Système nerveux. *Paris*, 1886.

CHAVIGNY et GELMA. — Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 juillet 1921.

CLAUDE (Henri). — Troubles mentaux de l'encéphalite épidémique. *Soc. de Psychiatrie*, juillet 1920.

- Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien, *Paris Médical*, tome 10, n° 40, octobre 1920,

- Syndrome héli-parkinsonien post-encéphalitique. *Soc. de Neurologie*, juin 1921.
- Sur certains troubles mentaux survenus au cours du syndrome parkinsonien. *Soc. de Neurologie*, juin 1921.
- Suites éloignées de troubles mentaux post-encéphalitiques. *Société médico-psychologique*, février 1922.
- CLAUDE et BROUSSEAU. — Troubles mentaux d'origine encéphalitique à début confusionnel avec palilalie et tachyphémie. *Soc. de Méd. Mentale*, mai 1922.
- CLAUDE et DUPUY-DUTEMPS. — Forme céphalique de la maladie de Parkinson. *Soc. de Neurologie*, juin 1921.
- CLAUDE et ROBIN. — Le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence mentale. *Annales médico-psychologiques*, mai 1924.
- CLAUDE, ROBIN et CÉNAC. — Syndrome héli-phréno-catonique d'origine encéphalitique. *Société de Psychiatrie*, novembre 1925.
- COLLIN et Mlle TOBOLOVOSKA. — Parkinsoniens post-encéphalitiques. *Soc. médico-psychologique*, mai 1922.
- COMBEMALE et DUHOT. — Note sur les caractères de l'encéphalite observée à Lille. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 13 avril 1920.
- COMBEMALE, R. VULLIEN et P. ASSOIGNON. — Les formes mentales de l'encéphalite épidémique. *Echo Médical du Nord*, 30 juillet 1921.
- COUMEL. — Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. Les syndromes dépressifs post-encéphalitiques. *Thèse*, Lyon, 1926.
- COURCOUX et HANOTTE. — Un cas d'encéphalite léthargique. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 février 1920.

- CRUCHET. — Rapports de la paralysie agitante et du syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Progress Medical*, 27 mars 1926.
- CRUCHET et CALMETTE. — Travaux du *Centre Neurologique de Bar-le-Duc*, octobre, novembre, décembre 1917.
- CRUCHET, MOUTIER, CALMETTE. — Quarante observations d'encéphalomyélite subaiguë. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 avril 1917.
- Evolution des séquelles d'encéphalomyélite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1921.
- CUEL et CÉNAC. — Etat parkinsonien post-encéphalitique et psychose dépressive. *Société Clinique de Médecine Mentale*, 18 juin 1923.
- DELMAS-MARSALET. — Les réflexes de posture élémentaires. *Masson et Cie, éditeurs*, 1927.
- DENY, KLIPPEL et BARUK. — Encéphalite léthargique et apparence de démence précoce. *Soc. de Psychiatrie*, juin 1923.
- DEVIC. — Syndrome d'immobilité post-encéphalitique. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 16 novembre 1920.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du Médecin praticien. *Masson*, 1922.
- DIDE, GUIRAUD, LAFAGE. — Syndrome parkinsonien dans la démence précoce. *Soc. de Neurologie*, juin 1921.
- DUPOUY. — Société de Psychiatrie, 17 juin 1920. Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, 1920.
- DUPOUY et ABÉLY. — Exhibitionisme chez un parkinsonien. *Société Clinique de Médecine mentale*, juillet 1925.
- DUPOUY, BAUER, CHATAGNON. — Encéphalite épidémique et suicide. *Société de Psychiatrie*, 18 octobre 1920.

- DUPOUY, SCHIFF et Mlle RÉQUIN. — Idées de négation dans un cas d'encéphalite épidémique chronique. *Société Clinique de Médecine mentale*, mars 1924.
- ERNST. — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique. *Thèse de Paris*, 1921.
- ESBACH et MOTET. — Encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 juillet 1920.
- EUZIÈRE. — Troubles psychiques de l'encéphalite léthargique. *Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier*, 14 juin 1920.
- EUZIÈRE, BLOQUIER DE CLARET et PAGÈS. — De la tendance au suicide chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. *Languedoc Médical*, juin 1923.
- Démence précoce hébéphrénocatatonique post-encéphalitique. *Languedoc Médical*, 10 juin 1923.
- FOIX et THÉVENARD. — Les réflexes tendineux dans la maladie de Parkinson. *Société de Neurologie*, juillet 1922.
- FREY. — De la période médico-légale de l'encéphalite épidémique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, 1923.
- FROMENT (J.). — Le déficit psychique dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques. *Société de Neurologie*, juin 1921.
- Comment examiner méthodiquement un parkinsonien? *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1927.
- FROMENT (J.) et VELLUZ. — L'état parkinsonien ne serait-il pas générateur d'acidose? *Revue Neurologique*, novembre 1926.
- Du métabolisme musculaire dans les états parkinsoniens, acidose d'origine lactique et créatinurique. *Revue Neurologique*, juin 1927.

- FROMENT (J.) et GARDÈRE. — Parkinsonisme et dystasie. *Journal de Médecine de Lyon*, décembre 1926.
- FROMENT et PAUFIQUE. — La rigidité parkinsonienne se déplace quand on modifie l'attitude statique. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 8 novembre 1927.
- GEHUCHTEN (Van). — Encéphalite épidémique et démence précoce. *Scalpel*, n° 25, 24 juin 1922.
- GILLES. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Société Clinique de Médecine mentale*, 20 novembre 1922.
- GRAZZIANI. — La palilalie nelle sindromi parkinsoniane p. encefalitiche. Contributo clinico. *Bull. Sc. med.*, 1921, n° 7. *Cervello*, 1924, n° 4.
- GUILLAIN et GARDIN. — Syndrome parkinsonien hypertonique et catatonique avec glycosurie consécutive à une encéphalite léthargique. *Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mai 1921.
- LE GUILLANT. — Syndrome mélancolique post-encéphalitique. Coexistence d'idées mélancoliques justifiées et d'un délire mélancolique. *Bull. de la Société Clinique de Médecine mentale*, mars-avril 1926.
- GUINOU. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite. *Société de Pédiatrie*, 19 avril 1921.
- HALL. — Mental sequelae of epidemic encéphalitis in children. *British Med.*, 17 janvier 1925.
- HANCOCK. — Parkinsonisme together with «apache type» in lethargic encephalitis. *British Med.*, 23 mai 1925.
- HARDMAND. — Troubles psychiques dans l'encéphalomyélite épidémique. *Thèse de Bordeaux*, 2 juin 1920.
- HAUSHALTER. — Répétition automatique post-encéphalitique. *Société de Neurologie*, avril 1922.
- HESNARD. — La psychoencéphalite aiguë épidémique et les troubles psychique de l'encéphalite aiguë dite léthargique. *Encéphale*, juillet 1920.

HESNARD. — Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique aiguë. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 19 mars 1920.

HEUYER. — Quatorze cas de perversions post-encéphaliques. *Archives de Médecine des Enfants*, mai 1926.

HIGIER. — Klinik der selteneren früh infantil erworbenen Demenzformen (Dementia praecocissima. De Sanctis; Dementia infantilis, Heller ; Dementia postlethargica infantum). *Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatr.*, t. 88, fasc. 1-3, p. 296-304, 1924.

JACQUIN. — Polymorphisme symptomatique dans un cas d'encéphalite, puis syndrome parkinsonien. Considérations sur l'état mental dans le parkinsonisme post-encéphalitique. *Société de Neurologie*, juin 1921.

JUDE et LANNE. — Séquelles d'encéphalite léthargique. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 9 novembre 1920.

KAHN. — Deux observations de troubles nerveux ayant reproduit au cours de l'encéphalite épidémique, le tableau de la chorée de Sydenham et celui de l'hébéphréno-catatonie. *Soc. de Psychiâtrie*, juillet 1920.

— Deux observations d'encéphalite épidémique à évolution sous forme de démence précoce. *Société de Psychiâtrie*, avril 1921.

— La psychose encéphalitique. *Société de Psychiâtrie*, avril 1922.

— Troubles psychiques à formes spéciales au cours d'une encéphalite épidémique. *Société Médico-Psychologique*, juin 1922.

KAHN et BENDA. — Encéphalite épidémique et syndrome de démence précoce. *Société de Psychiâtrie*, décembre 1921.

KATON. — La psychose encéphalitique. *Société de Psychiatrie*, 27 avril 1922.

KÆSSLER. — Encéphalite épidémique et catatonie. *Société de Psychiatrie*, juillet 1920.

LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU. — Encéphalite de longue durée à manifestations délirantes intermittentes. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, avril 1923.

LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE. — Hébéphrénocatatonie et encéphalite léthargique. *Société de Psychiatrie*, 17 mai 1920.

LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — Perversions instinctives consécutives à l'encéphalite épidémique. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Paris*, 20 mars 1927.

— Nouveau cas de perversions instinctives post-encéphalitiques. *Société de Psychiatrie*, octobre 1925.

— Un cas de fausse accusation chez une perverse post-encéphalitique. *Annales de Médecine légale*, janvier 1926.

LEBAR. — Troubles psychiques dans l'encéphalite léthargique chez les enfants. *Thèse*, Alger, 1923.

LÉPINE. — Le terrain dans les encéphalites infectieuses. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 16 novembre 1920.

— Rôle étiologique de la prédisposition et de l'épuisement nerveux dans la genèse des états parkinsoniens. *Société de Neurologie*, 3 juin 1921.

— Diagnostic entre la Maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Société de Neurologie*, 3 juin 1921.

— Sur l'encéphalite parkinsonienne. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1921.

LEROY. — Troubles mentaux au cours de l'encéphalite épidémique. *Bull. de la Société de Médecine mentale de Belgique*, 1922.

- LEROY et DUPUY. — *Annales de la Société médico-psychologique*, 31 janvier 1921.
- LÉVY (Mlle Gabrielle). — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéphalite épidémique. *Thèse de Paris*, 1922.
- LHERMITTE. — Rapport au XX^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue française. Bruxelles, 1920.
- LHERMITTE et CORNIL. — Un cas de syndrome parkinsonien en apparence à début brusque. Origine encéphalitique probable. *Société de Neurologie*, 3 février 1921.
- Syndrome parkinsonien consécutif à deux foyers destructifs et symétriques du globus pallidus. *Société de Neurologie*, 3 février 1921.
- LISI. — Sul parkinsonismo da encéfalite epidemica. *Policlino sez. med.*, 1921.
- LIVET. — Contribution à l'étude des formes psychiques de la polymésencéphalite épidémique. *Annales médico-psychologiques*, 1921.
- LOGRE. — Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hétérocatatonique. *Société de Psychiatrie*, 17 juin 1920.
- LOJACONO. — Sur un cas di psycoso post-encéphalitique. *Riforma Med.*, t. 37, n° 9, 7 mai 1921.
- MAILLARD. — Troubles psycho-moteurs consécutifs à l'encéphalite épidémique. *Société de Psychiatrie*, 17 février 1921.
- MARCHAND et BAUER. — Crise d'automatisme paraissant de nature comitiale déterminée par l'audition d'un air de musique, syndrome parkinsonien. *Société Clinique de Médecine mentale*, janvier 1926.
- MARIE (Pierre) et Mlle LÉVY. — Palilalie et syndrome parkinsonien par encéphalite épidémique. *Société de Neurologie*, 12 janvier 1922.

- Le syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique. *Revue de Neurologie*, juin 1920.
- MARINESCO. — Un cas de parkinsonisme progressif post-encéphalitique avec examen histologique du système nerveux. *Encéphale*, octobre 1922.
- MASSÉ et LEBOURGO. — Séquelles motrices et psychiques d'encéphalite épidémique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 novembre 1921.
- MERKLEN. — Maladie de Parkinson. Etude clinique et diagnostique. Rapports avec l'encéphalite épidémique. Troubles mentaux. *Leçon Clinique*, 19 novembre 1922.
- Maladie de Parkinson. *Progrès Médical*, numéros 18, 20, 21, mai 1923.
- MIKULSKI. — Quelques remarques relatives aux troubles psychiques de l'encéphalite épidémique et aux états parkinsoniens. *Encéphale*, avril 1925.
- MORSELLI. — Sindromi catatoniformi e schizo-phrenosimili da encefalite lethargica. Contributo clinico con speciale riguardo al problema dell componenti motrici nell' attività mentale. *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, n° 3, 1925.
- MOURIQUAND, LAMY et MARTINE. — Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 7 décembre 1920.
- NAVILLE. — Etude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. La bradyphrénie. *Encéphale*, juin et juillet 1922.
- Revue générale sur les séquelles cliniques de la récente épidémie d'encéphalite léthargique. *Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, R. N., 1925.
- NESTOROVITCH. — Des altérations psychiques de la névrite épidémique et la maladie de Parkinson post-encéphalitique. *Thèse de Montpellier*, 1923.
- NOBÉCOURT. — Syndrome parkinsonien et encéphalite épidémique. *Progrès Médical*, 13 février 1926.

- NORDMAN et BOUCHE. — Troubles mentaux post-encéphaliques chez un enfant de 10 ans. *Société des Sc. Médic. de Saint-Etienne*, 6 juin 1923.
- NYSSSEN. — A propos de l'encéphalite épidémique chez l'enfant. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1925.
- PADÉANO. — Sur le syndrome hébéphrénocatatonique dans l'encéphalite épidémique et les arguments qu'on peut en tirer en faveur de la pathogénie de la démence précoce. *Thèse de Paris*, 1923.
- PARHON et DÉRÉVICI. — Sur un cas de mélancolie ayant précédé du parkinsonisme post-encéphalitique. *Bulletin de l'Association des Psychiâtres roumains*, 1924.
- PELLACANI. — Syndromes psychopathiques particuliers dans l'encéphalite épidémique des enfants. *Cervello*, septembre-octobre 1922.
- PERRENS. — Troubles psychiques et physiques consécutifs à une encéphalomyélite épidémique. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 6 mai 1921.
- PETIT. — Les formes mentales prolongées dans l'encéphalite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 avril 1921.
- Dissociation psycho-organique, intermittences et périodicité au cours de l'évolution des formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1921.
 - Encéphalite épidémique avec stupeur catatonique et parkinsonisme. *Société de Psychiâtrie*, décembre 1921.
 - La conscience de l'état pathologique dans les formes psycho-organiques de l'encéphalite épidémique. *Société de Psychiâtrie*, avril 1922.
 - Encéphalite épidémique et délire aigu. *Société de Psychiâtrie*, 27 avril 1922. Forme mentale prolongée rémittente et intermittente de l'encépha-

- lite épidémique. *Société de Psychiâtrie*, 21 avril 1921.
- PETIT, BAUER, CHATAGNON. — Encéphalite épidémique fruste. *Société de Psychiâtrie*, 18 octobre 1920.
- PIENKOWSKI. — Troubles psychiques de l'encéphalite épidémique. *Revue de Neurologie*, août 1923.
- POTTS. — Medicolegal and sociological aspects of epidemic encephalitis. *Med. J. a. Record*, septembre 1925.
- RANDLO. — Le diagnostic différentiel de la stupeur encéphalitique et des autres formes de stupeur. *Encéphale*, mai 1922.
- REBIERRE. — Au sujet du diagnostic rétrospectif clinique et médico-légal de l'encéphalite épidémique et en particulier de la valeur des troubles respiratoires. *Marseille Médical*, février 1924.
- REBOUL-LACHAUX. — Manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique. *Sud Médical et Chirurgical*, mars 1925.
- REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN. — Encéphalite épidémique et perversions sexuelles. *Société Médico-Psychologique*, mars 1924.
- RENAUD et AUGER. — L'évolution des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. *Société Médicale des Hôpitaux*, 22 mai 1925. *Presse Médicale*, 27 mai 1925.
- REY. — De quelques séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique chez l'enfant. *Thèse de Lyon*, 1925.
- RITTERHAUS. — Contribution à l'étude des affections post-encéphalitiques. *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, mai 1925.
- ROASENDA. — Inversione del ritmo del somo ed agitazione psico-motoria nocturna con sindrome di parkinsonismo in seguito ad encefalite epidemica. *Persiero medico*, 1921, n° 29.

- ROBIN. — Séquelles mentales d'encéphalite épidémique. *Société Clinique de Médecine mentale*, juillet 1922.
- Troubles mentaux liés à l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Société Clinique de Med. mentale*, 20 novembre 1922.
- Considérations sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1923.
- RORDOF et COCCHIARARO. — Sur un cas de mélancolie ayant précédé du parkinsonisme post-encéphalitique. *Bulletin de l'Association des Psychiâtres roumains*, 1924.
- ROSSI (Maria). — Les réactions médico-légales chez les encéphalitiques. *Encéphale*, mai-juin 1926.
- ROUBIER et RICHARD. — Syndrome parkinsonien au cours d'une encéphalite léthargique. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 20 avril 1920.
- ROUBINOVITCH. — Troubles psychiques et respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Spitalul*, 1925, n° 1.
- ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON. — Psychopathologie expérimentale comparée entre les séquelles post-encéphalitiques et les perversions constitutionnelles chez les enfants. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, juin 1925.
- ROQUIER. — Syndrome dépressif grave, séquelle d'encéphalite épidémique. *Annales Médico-Psychologiques*. Paris, novembre, 1920. *Société Médico-Psychologique*, 25 octobre 1920.
- Précis de séméiologie neuro-psychiâtrique à l'usage des étudiants et des praticiens. *Gaston Doin*, éditeur, Paris, 1927.
- ROQUIER et LACAMBRE. — Parkinsonisme aigu, avec polyurie et glycosurie intermittente. Etat confusional prolongé sans onirisme, au cours d'une encéphalite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 12 février 1924.

- SABATINI. — Sur les phénomènes d'inversion dans l'encéphalite épidémique. *Policlinico sez patr.*, janvier 1923.
- SELOSSE. — Séquelles d'encéphalite épidémique observées à Lille. *Thèse de Lille*, 1923.
- SERIN (Mlle) et REBOUL-LACHAUX. — Perversions sexuelles chez une malade atteinte d'encéphalite épidémique. *Société Médico-Psychologique*, mars 1924.
- SICARD et BOLLAK. — Catatonies, hypertonies, attitudes figées au cours de l'encéphalite léthargique. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 février 1920.
- SICARD et PARAF. — Parkinsonisme et parkinson reliquats d'encéphalite épidémique. *Société de Neurologie*, mai 1920.
- SOUQUES. — Un cas de maladie de Parkinson consécutive à l'encéphalite épidémique : rôle des émotions vives dans cette maladie. *Société de Neurologie*, mai 1920.
- Des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite épidémique. *Société de Neurologie*, 3 février 1921.
 - Les syndromes parkinsoniens. *Société de Neurologie*, juin 1921.
 - Parkinsonisme conjugal. *Société de Neurologie*, mars 1922.
 - Diagnostic rétrospectif d'un cas de maladie de Parkinson post-encéphalitique. *Société des Neurologie*, mars 1922.
- STECK. — Contribution à l'étude des séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiâtrie*, 1924.
- TINEL. — Hémisyndrome parkinsonien. *Société de Neurologie*, juillet 1920.
- TOMESCO et JONESCO. — Troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Spitalul*, 1925.

- TRÉTIAKOFF et BREMER. — Encéphalite léthargique avec syndrome parkinsonien et catatonie. Rechute tardive. Vérification anatomique. *Société de Neurologie*, 1^{er} juillet 1920.
- TROUSSEAU. — Paralysis agitans. *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1877.
- TRUELLE et PETIT. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Rapport au XXVI^e Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des Pays de Langue française*. Session de Quimper, août 1922.
- VERGER et CRUCHET. — Le syndrome bradykinétique et les états parkinsoniens. *J.-B. Baillière et fils, éditeurs*. Paris, 1925.
- VERGER et HESNARD. — Recherches physio-pathologiques sur la bradykinésie post-encéphalitique (syndrome de viscosité motrice). *Encéphale*, juillet 1922.
- L'état mental des bradykinétiques post-encéphalitiques. *Congrès de Quimper*, août 1922.
- VERMEYLEN. — Les troubles du caractère chez les enfants à la suite de l'encéphalite épidémique. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, 1923.
- Troubles mentaux post-encéphalitiques chez un enfant. *Société Belge de Médecine mentale*, septembre 1925.
- VOIVENEL et RISER. — Démence et encéphalite. *Congrès de Quimper*, août 1922.
- VOLPI GHILARDINI et TAROZZI. — Sur la palilalie dans les syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite léthargique. *Note e Riviste di Psichiatria*, 1925.
- WIDAL, MAY et CHEVALLEY. — Encéphalite léthargique à forme de démence précoce. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 juin 1920.

- WIMMER. — Contribution à la médecine légale de l'encéphalite épidémique. *Annales Médico-Psychologiques*, février 1924, avril 1925.
- Les troubles mentaux précurseurs de l'encéphalite épidémique chronique. *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1925.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
<i>Chapitre premier.</i> — Historique.....	13
Plan	18
<i>Chapitre II.</i> — L'état mental des Parkinsoniens ou Bradykinétiques post-encéphalitiques.	21
<i>Chapitre III.</i> — Les troubles mentaux aigus chez les Parkinsoniens post-encéphalitiques ...	33
Les troubles mentaux chez les enfants	64
<i>Chapitre IV.</i> — Les troubles mentaux chroniques chez les Parkinsoniens	89
Conclusions.....	107
Bibliographie	109
